

Gabriela Andrea Díaz

SEXUALIDADE(S). CONCEPÇÕES DE PSICÓLOGOS/AS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS.

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria Juracy Filgueiras Toneli.

Florianópolis
2012

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

D542s Díaz, Gabriela Andrea

Sexualidade(s) [dissertação] : concepções de psicólogos/as de unidades básicas de saúde de Florianópolis / Gabriela Andrea Díaz ; orientadora, Maria Juracy Tonelli Siqueira. - Florianópolis, SC, 2012.

178 p.: grafs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências

1. Psicologia. 2. Sexo (Psicologia). 3. Psicólogos. 4. Saúde - Políticas públicas - Florianópolis (SC). 5. Homossexuais. I. Toneli, Maria Juracy Filgueiras. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

CDU 159.9

TERMO DE APROVAÇÃO

Gabriela Andrea Díaz

**SEXUALIDADE(S). CONCEPÇÕES DE PSICÓLOGOS/AS DE
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS.**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, pela seguinte banca examinadora:

Florianópolis, 10 de fevereiro de 2012.

Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida Crepaldi
(Coordenadora PPGP/UFSC)

Prof.^a Dr.^a Maria Juracy F. Toneli
(UFSC – PPGP – Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Karla Galvão Adrião
(UFPE – PPGP – Examinadora)

Prof.^a Dr.^a Mara Coelho de Souza Lago
(UFSC – PPGP – Examinadora)

**Dedico este trabalho a mis queridas abuelas:
Yeti e Tita.**

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer à/ao, às/aos:

Gé, “mi amor, mi cómplice y todo” porque “en la calle y codo a codo somos mucho mas que dos”.

Querida Juracy, por me acolher e aceitar me orientar, firme e segura, pela amizade, afinidade e carinho e pelos muitos caminhos que vamos ainda trilhar e desbravar... Muito obrigada Jura!!

Companheiros/as do Margens por serem fundamentalmente isso: **companheiros** (e essa palavra possui um profundo significado para mim) e em especial minha querida Marília Amaral pela sensibilidade, força e solidariedade.

Todo o pessoal da ADEDH, todas e todos das Segundas TRANStornadas.

Minha amiga Lisandra Moreira, pela confiança e parceria naquilo que nos “choca” e nos estremece, mas nos põe em marcha: é isso, companheira!

Querida Ana Paula Müller de Andrade, pela amizade e pela força. Todas as amigas e os amigos que toleraram e suportaram minhas ausências e meu ar preocupado e tenso, sobretudo nestes últimos tempos.

Minha irmã do coração, Márcia, por estar por perto.

Meus filhos, maravilhosos e livres, pelo orgulho que me fazem sentir e pela força que me dão.

“Mi mamá”, pelo apoio, sempre.

Meu tio Raúl que me escutou e orientou nas primeiras ideias da caminhada.

Querido Nando Córdova, padrinho, por acreditar em mim quase sem me conhecer.

Pessoal da secretaria da Pós, por estarem sempre a postos:

Helena, Jacinta, Léia, Fernanda e Yucatán.

Profas. Kátia, Cida e Maria Chalfin, pelo carinho e pela alegria. CNPQ, pela bolsa concedida que permitiu que eu me dedicasse com exclusividade ao mestrado.

Psicólogos/as participantes deste trabalho, colegas de profissão que fazem o seu trabalho no SUS.

RESUMO

Objetivou-se no presente trabalho conhecer a posição ou concepções dos/as psicólogos/as que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do Município de Florianópolis a respeito das sexualidades e fundamentalmente a respeito das sexualidades outras que não a heterossexual. Foram realizadas entrevistas individuais seguindo um roteiro norteador, com dez dos onze psicólogos/as que trabalham nas UBSs, oito do sexo feminino e dois do sexo masculino. As entrevistas foram gravadas com a permissão dos/as participantes, transcritas e analisadas. O método de análise inspirou-se na análise de discurso de Foucault. Revelou-se que o atendimento das UBSs é voltado essencialmente para a família heterossexual, com a consequente exclusão dos que não fazem parte dela. Revelou-se, também, a distância que separa os ideais expressos nas políticas públicas de saúde LGBT e a lida diária no ambiente das UBSs, por profissionais que não as conhecem e/ou não as consideram. Foi possível concluir que o posicionamento dos/as psicólogo/as entrevistado/as acerca das sexualidades, está muito longe de contemplar anseios no que tange à visibilidade e ao acolhimento da população LGBT e às suas necessidades específicas.

Palavras-chave: Sexualidade(s), psicólogos/as, unidades básicas de saúde, políticas públicas LGBT.

ABSTRACT

The objective in this thesis is getting to know the positions or conceptions related to sexualities from psychologists working in the Health Basic Units (HBUs) in Florianópolis. Individual interviews were made following a script guide, with ten out of the eleven psychologists that work in the HBUs, eight women and two men. The interviews were recorded with participants' authorization, transcribed and analyzed. Analysis method was inspired in Foucault's discourse analysis. The study proved that HBUs treatment is specially focused for heterosexual families, consequently excluding the non heterosexual families. It also showed the distance that separates the ideals expressed in LGBT's health public policies and the daily routine in HBUs ambient by professionals that don't know or don't consider those policies. It was possible to conclude that the interviewed psychologists' position related to sexualities was far from the ideal to contemplate expectations in terms of visibility and reception of LGBT population and its specific needs.

Key words: Sexualities, psychologists, health basic units, LGBT public policies.

LISTA DE SIGLA UTILIZADAS

ABGLT: Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CFP: Conselho Federal de Psicologia

CRP: Conselho Regional de Psicologia

ESF: Equipe de Saúde da Família

LGBT: Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis

LGBTTT: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Travestis e Transexuais

MP/RJ: Ministério Público do Rio de Janeiro

NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PMF: Prefeitura Municipal de Florianópolis

PNDH: Plano Nacional de Direitos Humanos

PSF: Programa de Saúde da Família

SEDH: Secretaria de Direitos Humanos

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 A MODO DE COMEÇO	17
2 APROXIMAÇÃO/APROXIMAÇÕES AO CAMPO.....	33
2.1 Matriciamento.....	37
2.2 Diagnósticos, queixas e demandas: o que diz o/a usuário/a?.....	45
3 DIREITOS HUMANOS, SUJEITOS E ABJEÇÕES	49
3.1 Textos Oficiais de Base Internacional	50
3.1.1 Princípios de Yogyakarta	50
3.1.2 Declaração Universal dos Direitos Sexuais.....	53
3.2 Textos Oficiais de Bases Nacionais.....	54
3.2.1 Programa “Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual”	55
3.2.2 Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT).....	62
3.2.3 Programa Nacional De Direitos Humanos PNDH-3	65
3.2.4 IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Contribuições sobre Saúde Mental e Direitos Humanos.....	65
3.3 “Textos oficiais” sobre sexualidades da ciência e de “entidades” científicas internacionais e nacionais.....	67
3.3.1 Os textos oficial da psicologia no Brasil	69
3.3.1.1 Código de Ética do Psicólogo.....	69
3.3.1.2 A Resolução 001/99.....	71
3.3.1.3 Texto de resposta do CFP ao MP/RJ	72
3.3.2 Protocolo de Saúde Mental do Município de Florianópolis	79
4 SOBRE A PERCEPÇÃO DE PRECONCEITOS	81
5 SEXUALIDADE(S) - CONCEPÇÕES.....	95
5.1 Armários impostos: o jogo do visível/invisível. O que não aparece?	96

5.2 Heteronormatividade nas UBSs.....	102
5.3 Família: O Programa de Saúde da Família, aproximações e distâncias	110
5.4 Poder soberano, poder disciplinar e biopoder nas UBSs.....	113
5.5 O psicólogo/a e “os anormais”	121
5.6 Busca de Origem: genética da homossexualidade.....	128
6 SOBRE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS	135
7 A MODO DE CONCLUSÃO, SEM CONCLUIR	147
REFERÊNCIAS.....	155
APÊNDICES.....	166

... é que eu acho que discursos, na verdade, habitam corpos.
 Eles se acomodam em corpos; os corpos na verdade
 carregam discursos como parte de seu próprio sangue...
 (Judith Butler, 2002a, p.163).

1 A MODO DE COMEÇO

Começo este trabalho relatando minha aproximação ao tema de estudo. Há alguns anos, no início da graduação, realizei uma pesquisa como requisito curricular para a matéria Metodologia e, imagino que não por acaso, escolhi o tema preconceito racial. Meu alvo na época foram os alunos da graduação em psicologia, por entender a necessidade de questionar a posição do psicólogo como profissional ou futuro profissional e suas posturas perante o outro (destaco que somente conheci uma ou duas alunas negras durante os cinco anos de curso). Com surpresa, verifiquei que muitos de meus entrevistados/as manifestaram preconceito racial¹. Posteriormente, seguindo minha graduação, tive a oportunidade de participar como bolsista de Iniciação Científica, durante dois anos, em dois projetos distintos, mas complementares. Pesquisei a inclusão da pessoa com necessidades especiais na universidade, desde a perspectiva dos seus funcionários e professores. Novamente, a partir das categorias de análise que utilizei para trabalhar nas entrevistas realizadas, reiteradamente e de diversas formas transpareceu o preconceito, seja velado ou explícito.

Na escolha do tema para o Trabalho de Conclusão de Curso, resolvi aprofundar um assunto que vinha suscitando minhas inquietações, aparecendo de maneira constante e que, na época, chamei de preconceito. Intitulei meu trabalho de conclusão de curso “Deficiência, Marca de Diferença” e, então, continuei investigando esta temática, porém, a partir de outra perspectiva: buscando a compreensão do conceito de diferença/alteridade e não o de inclusão. Após as

¹ Na época utilizei a Escala de Manifestação Indireta de Preconceito criada para uma pesquisa realizada pelo Instituto Datafolha em 1995: “300 anos de Zumbi: Os Brasileiros e o Preconceito de Cor” e a repeti entre os alunos/as do curso de Psicologia. Podem-se ver dados da pesquisa original em: <<http://www.fpabramo.org.br/conteudo/sociedade-discriminacao-racial-e-preconceito-de-cor-no-brasil>>.

pesquisas realizadas, surgiram algumas novas perguntas e estas se relacionavam com as diferenças:

Diferenças entre normais e anormais, deficientes e não deficientes, negros e brancos, nativos e estrangeiros, heterossexuais e homossexuais, são e insanos, racionais e irracionais; outros de outros, que por oposição classificatória se encontram colocados como diferentes. Pareceu-me que nestas situações alguns se colocaram como se um dos lados da oposição permitisse estabelecer uma hierarquia, autorizasse a uma valoração positiva ou negativa para cada uma das partes, um juízo de valor e o exercício de uma relação de poder enfaticamente desigual. (DÍAZ, 2003, p. 6).

Na época, chamava-me a atenção a maneira que temos de pensar a partir de diferenças. Infinitas dualidades que hoje problematizo como binarismos. Percebia que essa diferenciação fazia com que o “outro”, o “oposto”, possuísse a “qualidade” ou “oportunidade” de ser definidor e assim: “Estabelecidas as diferenças, aparecem juízos de valor que as acompanham, então “o diferente” se tornará possuidor de um estigma, o qual determinará de que maneira será visto, entendido ou julgado por seus atos e condutas, já tingidos pela marca que esse estigma imprimiu. (Ibid)”.

Esses estudos proporcionaram-me algumas descobertas acadêmicas e pessoais que delinearão o esboço de um caminho que continuo trilhando. Entendo que, a partir dessas experiências, posso unir algumas de minhas inquietações, junto com algumas das antigas constatações provisórias que busquei naquele momento e que relatei acima, e formular novas perguntas.

Já no mestrado, uma palavra passou a ecoar a partir das aulas de epistemologia: *verdade*. Partindo desta lembrança, proponho um olhar diferente para *a verdade* e para *a necessidade de verdade*.

O tema deste trabalho relaciona-se com a prática da psicologia. Quem é esse outro com o qual trabalhamos e que me demanda verdades ou do qual demandamos verdades? Que relação estabelecemos ambos com a verdade? Pergunto-me, também, que supostas verdades construo ou posso construir acerca do outro e qual é minha responsabilidade sobre o que faço com estas verdades? Relacionando este problema com o presente trabalho, posso perguntar-me de que verdade, ou melhor, desde que verdade/s se constrói a prática dos psicólogos nas UBSs? Há uma

aparente *promessa* de verdades nesta relação que se torna amplamente questionável para mim. E, especificamente, que verdades construímos sobre a sexualidade a partir das quais apoiamos nosso trabalho? Que *verdades sobre a sexualidade* norteiam nossa prática? E que verdades sobre as sexualidades outras que não a heterossexual construímos em nossa prática?

Michel Foucault (1998, p. 231) assinala que “A produção de discursos ‘verdadeiros’ é um dos problemas fundamentais do Ocidente”. Logo após se pergunta: “Quais são os mecanismos positivos que, produzindo a sexualidade desta ou daquela forma, ocasionam efeitos de miséria?” (idem). Eu me pergunto qual é nossa participação como profissionais nesses discursos? Desde esta perspectiva, concordo com Foucault (2010, p. 236) que destaca que: “Não se trata certamente de saber como se constituiu durante a história um ‘conhecimento psicológico’, mas como se formaram diversos jogos de verdade através dos quais o sujeito se tornou objeto de conhecimento”.

Penso, junto com Foucault (1990, p. 45), que: “Existe una diferencia significativa entre las prohibiciones sobre la sexualidad y las demás prohibiciones, las prohibiciones sexuales están continuamente relacionadas con la obligación de decir la verdad sobre si mismo”. E isto é profundamente instigante para mim.

Para Kleber Prado Filho (2005), a psicologia, é:

...esse conhecimento técnico que serviria de suporte a uma prática de ordenamento e regulação social, delimitando estatisticamente faixas de normalidade, observando as condutas, remetendo cada indivíduo à norma, incluindo ou excluindo, marcando os normais e os diferentes pelo jogo das identidades e reconduzindo os desviantes. (PRADO FILHO, 2005, p. 79).

Na direção de poder pensar a “psicologia noutras bases” (id. p. 73), conforme propõe o autor, recupero Mériti de Souza (2008, p. 445) que destaca a necessidade de ocupar “... um lugar de suportabilidade frente ao não-saber sobre o sofrimento do outro e sobre seu próprio sofrimento”. Uma terceira margem do rio, diz a autora, na qual nos colocamos na incerteza e no devir.

O presente trabalho posiciona-se na perspectiva de pensar a profissão desde um ponto de vista político, no sentido de desconstruir a relação com o outro, problematizando as marcas da tradição do

conhecimento ocidental que prioriza os binarismos inseridos em nosso pensar e as hierarquias violentas estabelecidas por meio da linguagem e das normas.

Novamente concordo com Prado Filho (2007, p. 18) quando assinala que: “Se ao longo do século XX as psicologias têm se caracterizado como *disciplinas científicas de aplicação da norma*, é também necessário que elas superem estas práticas passando a se dedicar à promoção de novas estéticas de existência” (grifos meus). Costumamos pensar, sendo herdeiros do pensamento associado à metafísica da presença, a partir de supostas verdades tidas como universais e absolutas. Assim, “Uma epistemologia sempre encontra-se ligada a modos de operação de conhecimento e remete a um regime específico de produção de verdades, problemas que ganham relevo na modernidade”. (PRADO FILHO, 2006, p. 24).

Na mesma perspectiva, Foucault (s/d) destaca que:

Si es verdad que toda ciencia, sea la que fuere, al ser interrogada en el nivel arqueológico y cuando se trata de desencallar el suelo de su positividad, revela siempre la configuración epistemológica que la ha hecho posible, en cambio toda configuración epistemológica, aun cuando sea perfectamente asignable en su positividad, puede muy bien no ser una ciencia: pero no por este hecho se reduce a una impostura. (FOUCAULT, s/d, p. 354).

Também durante o mestrado tive a oportunidade de trabalhar numa organização não-governamental, ADEDH - Associação em Defesa dos Direitos Humanos com Enfoque na Sexualidade, e entrar em contato com as travestilidades e as transexualidades, o que me levou a incluir algumas das perguntas orientadas especificamente à população travesti e trans.

Neste trabalho, entrevistei psicólogos que trabalham no Sistema Único de Saúde - SUS, por entender estarem atravessados pelo Código de Ética do Psicólogo e pela Resolução 001/99 do Conselho Federal de Psicologia, bem como pelas políticas públicas relacionadas a saúde e a saúde mental.

O olhar deste estudo está orientado por vários textos que me permitiram pensar e costurar as ideias que ora apresento. São quatro os eixos principais: 1) textos chamados teóricos: o olhar teórico orientado, principalmente, por Michel Foucault e Judith Butler, mas também por

outros/as e outras teóricos/as contemporâneos/as feministas e queer; 2) textos diversos que regem e/ou fundamentam as políticas públicas do SUS em geral e o fazer das Unidades Básicas de Saúde – UBSs, bem como textos que dizem respeito aos direitos humanos e especificamente aos direitos sexuais; 3) textos que dizem respeito às práticas e à ética da psicologia; e, 4) entrevistas realizadas, que são tomadas aqui como textos a ser apreendidos, compreendidos e colocados em diálogo com os demais textos. O método de análise inspirou-se na análise de discurso de Foucault.

Se de verdades se trata, o que a verdade tem a ver com meu tema de pesquisa? E a verdade a respeito de que? O que é que está se mostrando suspeito nesta questão toda?

Foucault (2010) assinala que no senso comum, assim como na psiquiatria, na psicanálise e na psicologia, existe a ideia de que entre sexo e verdade há uma relação complexa, obscura e essencial. Nas palavras do autor:

... é no sexo que se devem procurar as verdades mais secretas e profundas do indivíduo; que é nele que se pode melhor descobrir quem ele é, e aquilo que o determina; e se, durante séculos, se acreditou que era preciso esconder as coisas do sexo porque eram vergonhosas, sabe-se agora que é o próprio sexo que esconde as partes mais secretas do indivíduo: a estrutura de suas fantasias, as raízes do seu eu, as formas de sua relação com a realidade. **No fundo do sexo, a verdade.** (FOUCAULT, 2010, p. 85). (grifo meu).

A hipótese que este autor trabalha parte da ideia de que o ocidente não nega a sexualidade. Pelo contrário, organiza um dispositivo por meio dela, a partir do qual se constitui a subjetividade, o que nos permitiria tomar consciência de nós mesmos, porque “... a sexualidade, muito mais do que um elemento do indivíduo que seria excluído dele, é constitutiva dessa ligação que obriga as pessoas a se associar com sua identidade na forma de subjetividade”. (FOUCAULT, 2010, p.76).

Se penso numa *verdade*, algo, alguma coisa deverá garanti-la, algo estará provando o que é e o que não é verdade, algo que rege a verdade, uma lei, uma norma. O que fica fora estará fora da norma. Portanto, se há uma verdade sobre o sexo, uma suposta verdade sobre o sexo, algo normatiza esta verdade e, obviamente, o que fica fora estará fora da norma do sexo. Se entendo que a norma é que o sexo se alinhava

com o corpo, o gênero e o desejo para o sexo *contrário*, para seu *oposto*, a norma será heterossexual, e o que a contradiga ficará fora desta “heteronorma”. Porém, Butler (2003, p. 29) propõe que “... o sexo que não é uno propicia um ponto de partida para a crítica das representações ocidentais hegemônicas e da metafísica da substância que estrutura a própria noção de sujeito”. O pensamento metafísico me levaria a pensar numa essência do sexo, numa origem.

A norma se torna corpo, parte do sujeito. Neste sentido, Butler (2003) segue afirmando que:

A lei não é internalizada literalmente, mas incorporada, com a consequência de que se produzem corpos que expressam essa lei no corpo e por meio dele; a lei se manifesta como essência do eu deles, significado de suas almas, sua consciência, a lei de seu desejo. Com efeito, a lei é a um tempo plenamente manifesta e plenamente latente, pois nunca aparece como externa aos corpos que sujeita e subjetiva. (BUTLER, 2003, p. 193).

Há um atravessamento da norma no pensamento e na linguagem, somos atravessados por ela. A “ordem compulsória sexo, gênero, desejo” (e eu acrescentaria prazer) parece ter nos direcionado, como nos lembra Butler (2003):

Concebida originariamente para questionar a formulação de que a biologia é o destino, a distinção entre sexo e gênero atende à tese de que, por mais que o sexo pareça intratável em termos biológicos, o gênero é culturalmente construído: conseqüentemente, não é nem o resultado causal do sexo, nem tampouco tão aparentemente fixo quanto o sexo. Assim, a unidade do sujeito já é potencialmente contestada pela distinção que abre espaço ao gênero como interpretação múltipla do sexo. (BUTLER, 2003, p. 24).

A categoria sexo/gênero conformaria o sujeito dentro da norma. Um sujeito que direciona seu desejo ao que é esperado e ao que o destino/natureza pareceria ter lhe reservado. Butler (2003, p. 25) pergunta: “Seriam os fatos ostensivamente naturais do sexo produzidos discursivamente por vários discursos científicos a serviço de outros

interesses políticos e sociais?”. E conclui que não haveria distinção entre sexo e gênero, já que ambos são construtos culturais.

Para Foucault (1999), a inteligibilidade do sujeito provém do sexo:

É pelo sexo efetivamente, ponto imaginário fixado pelo dispositivo de sexualidade, que todos devem passar para ter acesso à sua própria **inteligibilidade** (já que ele é, ao mesmo tempo, o elemento oculto e o princípio produtor de sentido), à totalidade de seu corpo (pois ele é uma parte real e ameaçada deste corpo do qual constitui simbolicamente o todo), à sua identidade (já que ele alia a força de uma pulsão à singularidade de uma história). (FOUCAULT, 1999, p. 145-146). (grifo meu)

Butler (2003, p. 38), continuando na linha de Foucault, entende que os “gêneros” para serem “inteligíveis” necessitam manter relações de “coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo”. Aquilo que não estiver dentro desta linearidade, desta lógica, será ininteligível e, portanto, abjeto. “O ‘abjeto’ designa aquilo que foi expelido do corpo, descartado como excremento, tornado literalmente ‘Outro’”. (BUTLER, 2003, p. 190-191).

Portanto, segundo a autora mencionada, a heterossexualidade torna-se obrigatória, “compulsória e naturalizada”, e manterá no gênero uma relação binária masculino/feminino, bem como relacionará o desejo para o par oposicional, consolidando uma coerência linear entre sexo, gênero e desejo. (BUTLER, 2003, p. 45-46).

Nesta mesma linha, Roberto Ferro (2009) assinala que a dualidade inteligível/sensível é a base de uma série de oposições que encobrem uma hierarquia na qual um dos opostos é central e fundamental e o outro é degradado. “Una oposición de conceptos metafísicos nunca es el enfrentamiento de los términos, sino una jerarquía y el orden de una subordinación”. (FERRO, 2009, p. 78).

Neste trabalho pretendi compreender qual a concepção de sexualidades dos/das profissionais da psicologia que atuam nas UBSs de Florianópolis. Procurei, portanto, problematizar os jogos de verdade referentes às sexualidades presentes no trabalho desenvolvido pelos/as psicólogos/as que atuam nas UBSs.

Pretendo, portanto, problematizar os jogos de verdade presentes na prática clínica e mais especificamente a respeito de pessoas que não

se enquadram na heteronorma. Para Foucault (2010, p. 242), problematizar “É o conjunto das práticas discursivas que faz alguma coisa entrar no jogo de verdadeiro ou falso e o constitui como objeto para o pensamento (seja sob a forma da reflexão moral, do conhecimento científico, da análise política etc.)”. Nesse sentido, Foucault (1990, p. 94) sublinha que: “Desde el siglo XVIII hasta el presente, las técnicas de verbalización han sido reinsertadas en un contexto diferente por las llamadas ciencias humanas para ser utilizadas sin que haya renuncia al yo, pero para constituir positivamente un nuevo yo. Utilizar estas técnicas sin renunciar a sí mismo supone un cambio decisivo.”

Pensando nessa mesma direção, Ana Maria Fernandez (2009) afirma que:

En las sociedades occidentales modernas se fue conformando una *experiencia* por la que los individuos iban reconociéndose sujetos de una ‘*sexualidad*’. Pensar la sexualidad como experiencia en dimensión socio histórica implica poner en consideración la correlación dentro de una cultura entre los campos de saber que se inauguran al respecto, los tipos de normatividad que se establecen y las formas de subjetividad que se construyen. (FERNANDEZ, 2009, p.165).

Foucault (2010, p. 235) entende que os “jogos de verdade” seriam as regras que marcam que algo pode ser verdadeiro ou falso e a história destes jogos, articulada com suas condições de aparição e seus efeitos no real “... constitui, por um tempo, uma área e determinados indivíduos, o *a priori* histórico de uma experiência possível”. Se a questão são os jogos de verdade, novamente pergunto com que supostas verdades sobre o sexo trabalhamos? E quais são os efeitos dessas verdades? Será que nosso trabalho torna-se reprodutor de uma violência invisível?

Para Fernandez (2009):

Los procesos de inferiorización, discriminación y fragilización operan como naturalizaciones; conforman en tal sentido *invisibles sociales*. En rigor, no son invisibles, sino que están invisibilizados; a estos procesos se los ha denominado *violencia invisible*. Un invisible

social no es algo oculto o escondido, sino que, - paradójicamente- se conforma de hechos, acontecimientos, procesos y dispositivos reproducidos en toda la extensión de la superficie social y subjetiva. Está ahí, pero no se ve o se lo considera natural. En tal sentido, violencia visible e invisible conforman un par indisociable”. (FERNANDEZ, 2009, p. 33).

As reflexões apresentadas acima me levaram a problematizar as práticas dos/as psicólogos/as a partir da reflexão da verdade e do outro, ou seja, a partir da desconstrução das concepções de verdade e do outro que amparam estas práticas. Assim, encontram-se sustentadas pela verdade da voz, da fala, que supostamente trazem à tona o sujeito da verdade. Em outras palavras, colocando-as em questão ou tomando-as de forma contingente e provisória, talvez se possa pensar numa prática psicológica na qual possam ser desconstruídos os binarismos, as hierarquias violentas e os conceitos fechados, e em que o trabalho seja realizado desde uma perspectiva comprometida e sem *álibi*².

De que falo quando falo de sexualidades? Sexo, sexualidade, gênero, desejo? De quem? Quem diz o que é a sexualidade? Desejo? Aquela verdade desconhecida?

Para Gayle Rubin (1989):

La sexualidad es tan producto humano como lo son las dietas, los medios de transporte, los sistemas de etiqueta, las formas de trabajo, las diversiones, los procesos de producción y las formas de opresión. Una vez que se comprenda el sexo en términos de análisis social e histórico será posible una política sexual más realista. Podrá, entonces, pensarse sobre ella en términos de fenómenos, tales como las poblaciones, las barriadas, las pautas de asentamiento territorial, las migraciones, los conflictos urbanos, la epidemiología y la tecnología policial. Son estas categorías de pensamiento más fructíferas que las tradicionales de pecado, enfermedad, neurosis,

² Jacques Derrida fala em discurso proferido na Sorbone, em (2000), de uma psicanálise, sem *álibi*, para o compromisso com o ser humano e com a vida. *Estados de ânimo da psicanálise*. Disponível em: www.philosophia.cl.

patología, decadencia, polución o del declive y caída de los imperios. (RUBIN, 1989, p. 15).

Foucault (2010) se pergunta sobre a organização de uma ciência que se questiona sobre a sexualidade há milênios e que busca conhecer uma verdade sobre o sexo, verdade que se inventa e re-inventa. Interroga-se sobre o que deu impulso à história da sexualidade, muito mais do que sobre aquilo que a proibiu.

Destaca, ainda, que as relações de poder foram, em geral, analisadas desde uma perspectiva em que o poder tinha um caráter punitivo e controlador e tinha como função limitar, negar, interditar, restringir, balizar e, portanto, seus os efeitos seriam os fenômenos “... de exclusão, histerização, de obliteração, de segredos, de esquecimento ou, se vocês quiserem, de constituição do inconsciente. O inconsciente se constitui... através de uma relação de poder”. (FOUCAULT, 2010, p. 74).

Dessa forma, os mecanismos de poder não seriam necessariamente de proibição, o que daria uma vantagem política imediata, ou seja, a possibilidade de se opor diretamente à proibição. Parece-me, contudo, que esta relação é muito mais complicada. Nas sociedades ocidentais, nos séculos XVIII e XIX, se desenvolvem, paralelamente ao capitalismo, métodos, técnicas, formas de vigia e controle dos indivíduos, mas não de proibição, pelo contrário, de permissão: “... o mecanismo não era essencialmente de interdição, mas sim de produção” (id., p. 75). Neste sentido, o autor destaca que a sexualidade é carregada de interdições, porém, estas têm sido acompanhadas da produção de discursos: científicos, institucionais, “... de uma verdadeira obsessão em relação à sexualidade” que aparece nos séculos XVI e XVII e que continua até hoje. (id., p. 76).

No final do sec. XIX, destaca Foucault (2010), parece ter coexistido um duplo fenômeno, por um lado: “... no nível dos indivíduos, ou seja, o desconhecimento pelo sujeito de seu próprio desejo – e isso se manifestava especialmente na histeria –”, e por outro lado “...um fenômeno de *supersaber* cultural, social, científico, teórico da sexualidade” (FOUCAULT, 2010, p.59). Estes não são fenômenos contraditórios, pelo contrário, a questão é a relação entre ambos.

Neste sentido, para Foucault (1999):

O importante é que o sexo não tenha sido somente objeto de sensação e de prazer, de lei ou de interdição, mas também de verdade e falsidade,

que a verdade do sexo tenha-se tornado coisa essencial, útil ou perigosa, preciosa ou temida; em suma, que o sexo tenha sido constituído em objeto de verdade. (FOUCAULT, 1999, p. 56).

Neste trabalho indaguei sobre como pensam a sexualidade os profissionais que entrevistei e como este pensar a sexualidade os coloca frente às *sexualidades*. Distingo aqui sexualidade e a coloco no singular. Talvez por ter eu mesma previsto uma concepção única? Uma unicidade teórica que origina um pensamento Uno para o múltiplo ou para aquilo que pretendo propor como múltiplo. Aqui se apresenta um primeiro engodo. Apresenta-se aquilo que me dá pistas... mas não posso me deixar levar por simples pistas e tive que buscar e aprofundar novas e fortes evidências.

Penso junto com Fernandez (2009, p. 158) que: *El paso de la sexualidad a las sexualidades es el tránsito de la diferencia a las diversidades*". Por este motivo o uso do plural, e, seguindo esta autora, vejo que isto evidencia muito mais que uma questão gramatical: "...el paso de la idea de una sexualidad única, normal, sana, legal, legítima, a la idea de diversidad de posicionamientos subjetivos y prácticas en relación con el erotismo". (id., p. 157).

Há, portanto, uma construção da sexualidade (e aqui, sim, em singular), já que obedece a uma norma na/da qual participamos como profissionais. Nosso discurso não é inocente... quanto já contribuímos e quanto continuamos contribuindo para essa formação do Uno que, ao dizer de Fernandez (2009, p. 158): "Establecido lo Uno, no hay derechos conquistados que consoliden igualdades políticas, ya sean estas de etnias, de clases, de géneros o de sexualidades".

De onde vem o Uno, o único, o verdadeiro, a verdade, a origem, a norma que criará o diferente a respeito da sexualidade? O verdadeiro sexo? Para Butler (2003), "A noção de que pode haver uma 'verdade' do sexo, como Foucault a denomina ironicamente, é produzida precisamente pelas práticas reguladoras que geram identidades coerentes por via de uma matriz de normas de gênero coerentes". (BUTLER, 2003, p. 38).

A metafísica da presença triunfa, a estratégia é continuamente a mesma, há uma promessa de descoberta de um segredo oculto, de uma origem, de uma verdade escondida. Quem sabe desta verdade? O sujeito? O pastor? O analista? O Google? O Facebook?

Muito tem se falado ultimamente sobre discriminação e preconceito no Brasil. Isto pode ser verificado e constatado com os

dados de pesquisas relevantes. A *Fundação Perseu Abramo*, em parceria com a alemã *Rosa Luxemburg Stiftung*, realizou em 2008 uma pesquisa denominada: *Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil- Intolerância e respeito às diferenças sexuais*. Esta pesquisa teve como objetivo “investigar as percepções (indicadores subjetivos) sobre o fenômeno de práticas sociais discriminatórias em razão da orientação sexual e da identidade de gênero das pessoas, bem como manifestações diretas e indiretas de atitudes preconceituosas”³.

A quase totalidade dos entrevistados admitiu a existência de preconceito no Brasil. Porém, quando indagados sobre o próprio preconceito, somente 29% dos entrevistados admitiram possuí-lo, pelo que se verifica que ocultar o preconceito é ser politicamente correto, já que é sabido que não é correto manifestar atitudes preconceituosas. Isto revela a existência de um preconceito oculto, mas difícil de verificar na pesquisa, o que nos leva a pensar numa porcentagem maior ainda da que foi apresentada como resultado. Assim assinala Gustavo Venturi (2008):

Indagados sobre a existência ou não de preconceito contra as pessoas LGBT no Brasil, quase a totalidade da população responde afirmativamente: acreditam que existe preconceito contra travestis 93% (para 73% *muito*, para 16% *um pouco*), contra transexuais 91% (respectivamente 71% e 17%), contra gays 92% (70% e 18%), contra lésbicas 92% (para 69% *muito*, para 20% *um pouco*) e, tão frequente, mas um pouco menos intenso, 90% acham que no Brasil há preconceito contra bissexuais (para 64% *muito*, para 22% *um pouco*). Mas perguntados se são preconceituosos, apenas 29% admitem ter preconceito contra travestis (e só 12% *muito*), 28% contra transexuais (11% *muito*), 27% contra lésbicas e bissexuais (10% *muito*, para ambos) e 26% contra gays (9% *muito*). (VENTURI, 2008, p. 4).

³ Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil *Intolerância e respeito às diferenças sexuais*. Disponível em:

<<http://www.fpabramo.org.br/conteudo/intolerancia-diversidade-sexual>>.

Acesso em: 15/06/2010.

Os pesquisadores previam a existência de preconceito dissimulado e, dessa forma, partiram do pressuposto de que este não seria admitido pela maioria dos entrevistados. Assim, tentaram captar este de maneira indireta com utilização de frases como as exemplificadas a seguir:

...“Deus fez o homem e a mulher com sexos diferentes para que cumpram seu papel e tenham filhos” tem a concordância, em algum grau, de 92% (sendo 84% *totalmente*), contra apenas 5% que discordam; e concordam que a “homossexualidade é um pecado contra as leis de Deus” 66% (58% *totalmente*), contra 22% que discordam (17% *totalmente*) - dados que revelam o tamanho da colaboração religiosa para a intolerância com a diversidade sexual. E a contribuição do discurso médico não fica muito distante: 40% concordam (29% *totalmente*) que “a homossexualidade é uma doença que precisa ser tratada” embora 48% discordem (41% *totalmente*). (VENTURI, 2008, p. 12). (grifos do autor).

Venturi (2008) aponta que a pesquisa referida confirma a suspeita de que:

...por trás da imagem de liberalidade que o senso comum atribui ao povo brasileiro, particularmente em questões comportamentais e de sexualidade, há graus de intolerância com a diversidade sexual bastante elevados – coerentes, na verdade, com a provável liderança internacional do Brasil em crimes homofóbicos. (id., p. 17).

Da segunda parte do estudo, realizada com 413 gays e lésbicas, destaca-se que 53% dos entrevistados responderam ter sentido discriminação por sua orientação sexual ou identidade de gênero. O responsável por esta pesquisa, Venturi (2009), refere também que nos relatos dos entrevistados, colhidos espontaneamente, há uma prevalência de eventos e episódios de violência psicológica, moral ou verbal (47%):

...perpetrados ora por familiares, ora por desconhecidos, no espaço público, ora em

contextos institucionais, como locais de trabalho, estudo ou lazer. Nas situações sugeridas, os principais agentes discriminadores foram os pais (22%) ou outros familiares (31%), colegas de escola (27%) ou amigos (24%), ou ainda pessoas em locais de lazer (26%). E, diante de dez situações potenciais de violência, 52% já passaram por um ou mais episódios, expostos a ironias ou gozação (42%), a grosserias e ofensa (31%), a vexação ou constrangimentos (21%), 10% teriam sido ameaçados ou aterrorizados, por conta de sua orientação sexual, e 7% submetidos a violência física ou lesão corporal. (VENTURI, 2009, p. 3).

Daiane Maus Marques (2010) elaborou uma dissertação de mestrado na qual trabalhou com pessoas que se autodenominaram homossexuais e investigou suas experiências com psicoterapia. O estudo verificou falas com concepções estereotipadas sobre a homossexualidade tanto nos entrevistados como nas pessoas que os atenderam. Neste sentido, a autora destaca que, em alguns casos, a psicoterapia trouxe maior confusão a respeito da compreensão de sua orientação sexual. A autora afirma que não pretendeu analisar o processo terapêutico, senão os efeitos que este provocou nos sujeitos entrevistados, assim como os enunciados que atravessavam as falas dos seus terapeutas. Esta autora destaca que para ser possível uma *clínica não fascista* é necessário sair do padrão da verdade única.

Sobre as relações de poder e de violência, Foucault (1995) assinala que:

Uma relação de violência age sobre um corpo, sobre as coisas; ela força, ela submete, ela quebra, ela destrói; ela fecha todas as possibilidades; não tem, portanto, junto de si, outro polo senão aquele da passividade; e, se encontra uma resistência, a única escolha é tentar reduzi-la. Uma relação de poder, ao contrário, se articula, sobre dois elementos que lhe são indispensáveis por ser exatamente uma relação de poder: que o “outro” (aquele sobre o qual ela se exerce) seja inteiramente reconhecido e mantido até o fim como o sujeito de ação; e que se abra, diante da relação de poder, todo um campo de respostas,

reações, efeitos, invenções possíveis.
(FOUCAULT, 1995, p. 243).

O que nós psicólogos temos a ver com isto? O que esse movimento de autores e pesquisas tem a ver com este trabalho?

Após o exposto, diante da violência contra homossexuais no Brasil⁴ e no rumo dos programas de “combate” como “Brasil sem Homofobia”, entendo ser fundamental compreender qual é nossa atuação como profissionais da psicologia, qual é nossa responsabilidade e participação, quais estratégias utilizamos para fazer frente a esta problemática e quais tendem à reprodução da discriminação e do preconceito.

⁴ Conforme publicado em 05/04/2011 no site da Universidade Livre Feminista, o Grupo Gay da Bahia (GGB), divulgou dia 04/04/2011 um relatório que expressa dados sobre os 260 assassinatos de gays, travestis e lésbicas no Brasil em 2010 “Nos últimos cinco anos, houve aumento de 113% no número de assassinatos de homossexuais. Apenas nos três primeiros meses de 2011 foram 65 assassinatos”. Verifica-se no artigo que “Para o antropólogo responsável pelo levantamento, Luiz Mott, as estatísticas são inferiores à realidade. “Esses 260 assassinatos documentados são um número subnotificado, porque não há no Brasil estatísticas oficiais de crimes de ódio”. Disponível em: <http://www.feminismo.org.br/livre/index.php?option=com_content&view=article&id=4019:a-cada-36-horas-um-homossexual-e-morto-no-brasil&catid=126:violencia-&Itemid=533>. Acesso em: 05 abr. 2011.

2 APROXIMAÇÃO/APROXIMAÇÕES AO CAMPO

Após obter a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina para o projeto, solicitei e obtive a autorização do Setor de Integração de Ensino- Serviço da Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis para a realização da pesquisa. A própria Secretaria comunicou acerca da autorização a cada Distrito de Saúde⁵ (Centro, Continente, Leste, Norte e Sul), a fim de possibilitar a realização das entrevistas com os/as psicólogos/as.

Na sequência, entrei em contato telefônico com a gerência de cada um dos Distritos de Saúde. Algumas forneceram os telefones e outras os *e-mails* dos psicólogos/as lotado/as. Outras, ainda, organizaram o contato, mediante o agendamento com o/a profissional que, posteriormente, seria confirmado.

Dez dos/as onze psicólogos/as que, à época, atuavam nas UBSs foram entrevistados/as, apenas um/a profissional recusou a participação no estudo. A aproximação aos/as profissionais, de uma maneira geral, foi muito tranquila, tendo estes/as marcado sem dificuldade um horário para conversarmos. Os encontros tiveram durações variadas, entre 20 e 90 minutos, dependendo do tempo disponível do/a entrevistado/a e do andamento da entrevista.

Em várias oportunidades, como no trecho a seguir, os/as entrevistados/as manifestaram que para eles/as foi interessante poder parar para conversar e pensar no trabalho, notadamente sobre a temática proposta:

Entrevistado/a: ... porque é claro que a gente fica numa correria tão grande que não consegue parar pra refletir, então esses momentos são bons, assim, porque a gente reflete um pouco sobre isso e, quando a gente fala, né? A gente fica até... nossa! Eu penso assim: que a gente fica muito pra gente, né? Ainda mais que eu, assim, que eu me sinto muito isolada, né? Porque eu

⁵ As entrevistas foram realizadas no município de Florianópolis, nos cinco distritos. Estes distritos estão subdivididos em: unidades locais de saúde nos bairros, Áreas de abrangência (PSF); Micro-áreas e 68 centros de saúde. Nem todas as unidades básicas contam com a participação de psicólogos em suas equipes.

trabalho como psicóloga de... e estou com 10 equipes. Mas, assim, eu sinto necessidade de conversar com alguém da área. Então, a gente tem uma reunião mensal de... de saúde mental do Distrito (menciona o Distrito), tem uma reunião, né? Bem interessante, que é onde participa o psiquiatra e psicólogos e... do... do... da atenção primária e representantes dos CAPS, que vão nessa reunião. E a gente discute casos e, então, ali é onde coloco minhas angústias, minhas questões, assim, como tem esse espaço, né? Mas, né? É o único que tem, assim... (destaques meus).

Todos/as os/as psicólogos/as entrevistado/as demonstraram satisfação por participar e interesse em conhecer os resultados do estudo. Foi, por este motivo, aventada a possibilidade de realização de uma roda de conversa com todos/as os/as participantes, após a conclusão do trabalho.

Das dez entrevistas, oito foram realizadas em UBSs, uma num Centro Comunitário, onde acontecia uma reunião, e outra numa das Policlínicas do Município. Todas se deram durante o horário de trabalho. Estes fatores, o local e o horário, condicionaram um pouco a minha intervenção, uma vez que ora ocorreram interrupções, ora apareceram limitações impostas pelas rotinas dos entrevistados (saídas, intervalos, chegadas de pacientes). Senti, em vários momentos, que devia voltar ao roteiro de entrevista para poder dar conta da tarefa sem atrapalhar demais as atividades do/da colega.

A despeito das intercorrências usuais da situação, no entanto, o fato de as entrevistas terem sido realizadas em locais de trabalho foi muito interessante, pois permitiu que eu conhecesse um pouco do funcionamento das rotinas naqueles espaços. Nenhuma das salas utilizadas assemelha-se ou está preparada para o que comumente imaginamos como um consultório de psicologia. Em várias delas há macas, escrivaninhas, duas ou três cadeiras, algum móvel de arquivo e nenhum outro mobiliário. São espaços utilizados para diversas atividades dentro das UBSs, nas quais parece não haver salas específicas para atendimentos de psicologia ou, ao menos, nenhum dos/as profissionais referiu haver. Por outro lado, os/as entrevistados/as não manifestaram descontentamento, nem relataram dificuldades ou vantagens a respeito do espaço de trabalho. Somente um/a entrevistado se referiu às dificuldades do espaço físico como se vê na fala a seguir:

Entrevistado/a: [...] (*atendimento*)... individual mas eu não posso fazer porque também não... porque também tem alguns critérios a gente não tem uma sala adequada... não tem um espaço. Hoje a enfermeira não veio, por isso que estou aqui. A gente não tem um espaço adequado, não tem nenhuma sala. Não tem um espaço onde eu possa te ouvir, eu possa guardar meu arquivo. Meu arquivo é meu carro, é onde eu levo brinquedo.

Em geral, as UBSs são bastante barulhentas, afetadas por ruídos externos, bem como pelo movimento incessante das pessoas que por ali transitam. Em algumas situações, esperei na rua, juntamente com os/as usuários/as, o término do horário de almoço dos funcionários e a reabertura da UBS. O horário de trabalho me chamou a atenção, pois, pelo que pude perceber, em algumas UBSs este vai das 07 às 12 horas e das 14 às 18 horas, o que leva a concluir, sem muito esforço, que o acesso de uma parte da população – a trabalhadora, por exemplo – possa estar prejudicado. A realização das entrevistas nas UBSs proporcionou, também, a observação quanto à circulação de pessoas, às interações entre recepcionistas e usuários e à intensa dinâmica de trabalho de algumas delas.

Os relatos dos/as entrevistados/as indicam que o trabalho é muito intenso. Cada um dos/as psicólogos/as atende de cinco a dez e, por vezes, quinze equipes de saúde.

Segundo dados do IBGE⁶ que constam na *site* da Prefeitura Municipal de Florianópolis - PMF, o município possui um total de 427.298 habitantes. No momento da realização do presente estudo, estavam trabalhando nas UBSs de Florianópolis onze psicólogos/as, o que resultaria, num simples cálculo matemático, no total de 38.845 pessoas por psicólogo/a, o que parece ser uma demanda muito grande.

Os/as entrevistados/as contaram que, na suas rotinas laborais, realizam várias tarefas específicas da profissão, como a coordenação e acompanhamento a grupos diversos (terapêuticos, de pais, de tabagistas, de ginástica e caminhadas, etc), o assessoramento em escolas, a realização de atividades junto à Secretaria de Educação do Município, o assessoramento às equipes de saúde, o apoio matricial e, ainda, os atendimentos individuais, conforme destacado na fala a seguir:

⁶ Fonte: Censo Demográfico IBGE 2010 Estimativa 2011. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/populacao/uls_2011_index.php>.

Entrevistado/a: É... nós trabalhamos, então, interdisciplinarmente, como te falei, né? O trabalho maior é, então, 50% atendimento individual. Os outros 50% a gente divide. Então: 20% para atendimento, né? Da equipe de até... atendimento intersetorial... e os outros 30% são para grupos e matriciamentos.

No primeiro contato com a Coordenadora do Setor de Integração Ensino-Serviço da Secretaria de Saúde de Florianópolis, fui informada sobre o funcionamento básico das equipes NASF – Núcleo de Atenção à Saúde da Família.

Em Florianópolis, a Secretaria Municipal de Saúde, segundo consta no *site*⁷ da organização, tem priorizado, nos últimos três anos, ações tendentes à adoção da Portaria SS/GAB nº 283/2007 de agosto de 2007 que centraliza a estratégia de saúde do Município na saúde da família. Esta Portaria aprova a Política Municipal de Atenção à Saúde, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica baseada na Estratégia de Saúde da Família - ESF. (segundo a Portaria⁸ e o site da Prefeitura). A partir desta Portaria é que, segundo consta, implementam-se os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, que têm como propósito apoiar as Equipes de Saúde da Família fortalecendo a Atenção Básica, prestando assessoramento e dividindo as responsabilidades com as mesmas. Assim, as dificuldades e suas soluções são compartilhadas. Desta forma, segundo a fonte citada, amplia-se a abrangência da Atenção Primária. “Cada NASF se corresponsabiliza, com as ESF, pelos problemas da população de seu território. Os usuários não são mais encaminhados, mas compartilhados.” (FLORIANÓPOLIS, Secretaria Municipal de Saúde, s/d).

Ainda segundo o site da Prefeitura, em Florianópolis existiam sete NASFs até maio de 2010, sendo que cada um é conformado por profissionais da educação física, assistente social, nutricionista, farmacêutico, psicólogo, pediatra e psiquiatra, como confirma um/a dos/as entrevistado/as:

⁷ Prefeitura Municipal de Florianópolis, Secretaria de Saúde. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/>>. Acesso em: 29 jan. 2012.

⁸ Prefeitura Municipal de Florianópolis, Secretaria de Saúde: Instrução Normativa nº 001/2010. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=nucleos+de+apoio+a+saude+da+familia>>. Acesso em: 25 dez. 2012.

Entrevistado/a: Aqui a gente trabalha com o NASF. É o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Então, sou psicóloga de referência para quatro Unidades de Saúde. E a gente desenvolve um trabalho conjunto com as Equipes de Saúde da Família e também com as outras profissionais da equipe de NASF que são a nutricionista, a educadora física, a farmacêutica, a assistente social e a psiquiatra. E, aí, a gente às vezes desenvolve atividades conjuntas, outras vezes atividades mais voltadas para a saúde mental. E, então, a gente faz consultas conjuntas, a gente faz discussão de caso, a gente faz atendimento em grupo...

O psicólogo, nas UBSs, portanto, está vinculado aos NASFs. De outro lado, a sistemática de atendimento nos NASFs, segundo me informaram, em linhas gerais, segue um certo percurso: o médico ou a enfermeira recebe o paciente; caso estes entendam haver na queixa alguma necessidade de atendimento psicológico, contata o/a psicólogo/a que, por sua vez, orienta o tratamento ou encaminha o paciente para um grupo ou para atendimento individual. O caso poderá, também, ser encaminhado à equipe de matriciamento que, em conjunto, deliberará a respeito das ações a serem desenvolvidas com relação àquele paciente.

2.1 Matriciamento

Nos termos constantes do documento do Governo Federal “Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários, inclusão das ações de saúde mental na atenção básica”⁹, o matriciamento consiste em:

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da

⁹ Saúde Mental e Atenção Básica o Vínculo e o Diálogo Necessários. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2012.

atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos. A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. Assim, ao longo do tempo e gradativamente, também estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe. A ampliação da clínica significa o resgate e a valorização de outras dimensões, que não somente a biológica e a dos sintomas, na análise singular de cada caso. Assim, riscos como os sociais e outros se incorporam à avaliação clínica. A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. (BRASIL, Ministério da Saúde s/d).

No que tange à forma de organização das Ações de Apoio Matricial, no item 3.1.1 do referido documento consta que:

a. Onde houver CAPS, Oficinas e/ou outros equipamentos da Saúde Mental: os diversos membros dessas equipes de saúde mental farão o apoio matricial às diferentes equipes da atenção básica, programando sua carga horária para encontros semanais, e formas de contato para demandas inesperadas ou intercorrências.

a.1. No caso de municípios onde o número de CAPS é insuficiente para garantir apoio matricial a todas as equipes da atenção básica é possível compor esse apoio com a implantação de equipes de apoio matricial (conforme item b) e/ou planejar a expansão do número de CAPS.

b. Onde não houver serviços de saúde mental: criação de equipes de apoio matricial compostas, no mínimo, por um médico psiquiatra (ou generalista com capacitação em saúde mental), dois técnicos de nível superior (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social,

enfermeiro, etc.) e auxiliares de enfermagem, para no mínimo 6 e no máximo 9 equipes de PSF ou para grupos populacionais entre 15 a 30 mil habitantes. (BRASIL, Ministério da Saúde s/d). (destaques meus).

Também se destaca, no item 3.2 do mesmo documento, que a formação é uma estratégia prioritária para o trabalho de saúde mental na atenção básica. Porque “Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica, é fundamental a capacitação destas equipes”.

Sobre a dinâmica do matriciamento, os/as entrevistados/as explicaram que:

Entrevistado/a: ...outras vezes a gente até acha que precisa, mas acha que não é ainda o momento de... de... de encaminhar o paciente, porque, embora ele se queixe, ele não... muitas vezes ele... ele não demanda um atendimento desse tipo. Então tem que trabalhar a equipe para que ela possa ir vendo isso com o paciente e... e escolhendo bem essa hora de encaminhar, né? E para não acontecer, como acontecia muito no começo, de paciente chegar para a gente e dizer “ah, não sei o que estou fazendo aqui, o médico me falou que eu tinha que vir, mas não sei o que, que estou fazendo aqui”, né? (destaque meu).

Percebe-se nesta fala o acompanhamento direto do psicólogo com a ESF para que possa ser atendida a demanda sem sobrecarregar o serviço de atendimento. O psicólogo/a desta forma compartilha seu saber com a equipe, que não fará o atendimento em si, mas sim diversificará a escuta.

Entrevistado/a: E, muitas vezes, a gente orienta a equipe, né? De como que eles podem conduzir aquele caso, sem precisar da gente, né? E, quando a gente identifica que é preciso... ah.. eu esqueci de te falar uma coisa... nesse dia, nessa reunião, é possível também eles marcarem uma interconsulta, eles agendarem um paciente naquele dia para a gente atender junto, né? Muitas vezes eles fazem isso, então o paciente vai naquele dia, a gente atende, daí eu, a psiquiatra, o médico, às vezes a enfermeira também, dependendo do paciente e... aí a gente tem... faz uma primeira avaliação e, a partir disso, a gente define, né?

Um... se for o caso, um projeto terapêutico para aquele paciente, né? E... então, né? E, a partir disso, desse primeiro atendimento da equipe, a gente... ou desse atendimento que a gente já faz lá no dia do matriciamento, a gente define né? Se vai marcar para mim, né? Muitas vezes, a gente marca para mim e daí eu avalio todos os pacientes num primeiro momento individualmente, né? Assim... daí depende, às vezes é uma entrevista, às vezes é duas, às vezes é três e as vezes é quatro. Depende, da necessidade de cada paciente. A ideia, né? É isso, é uma diretriz da Secretaria e, acho, do próprio Ministério, é que tudo que for possível atender em grupo a gente atende em grupo, né? Então, nessa avaliação, se eu identificar que esse paciente pode se beneficiar do grupo, se não tem nenhuma contraindicação, ele... ele é encaminhado para o grupo... (destaques meus).

Pesquisadora: E, sendo questões de saúde mental, as pessoas aceitam estar com tantas pessoas?

Entrevistado/a: A gente também mantém alguns atendimentos específicos, né? Daí só com o médico de família e com a psicologia. Teve um momento que a gente fazia com a psiquiatria, mas atualmente não porque o psiquiatra, ele está afastado por questões, né? Pessoais. E, daí, a gente não teve mais esse momento com o psiquiatra, e tem essa possibilidade em fazer só em saúde mental. Então, as pessoas vêm por livre demanda, demanda espontânea. Elas vêm encaminhadas por médicos, pela equipe de saúde, seja enfermeiro técnico de enfermagem, odontólogo ou, então, através de reuniões que a gente tem esporádicas, assim, ou no próprio cotidiano. São me repassados os casos, aí eu entro em contato com o paciente e agendo um horário individual ou, conforme for o caso, eu chamo essa pessoa para o atendimento em grupo e assim se dá o próprio trabalho. (destaques meus).

Outra fala a esse respeito, inclui, ainda a possibilidade de “rodas terapêuticas” e grupos de acolhimento.

Entrevistado/a: ...trabalha em equipe quando se faz intervenções em equipe como, por exemplo, o matriciamento em saúde mental, com a participação do médico da família, o psiquiatra e o psicólogo, onde se define o plano terapêutico... trabalha com grupos de acolhimento, né? Grupos terapêuticos. Eu faço rodas

terapêuticas e trabalho também individualmente com casos que exigem um plano mais individualizado. (destaques meus).

Os/as entrevistados/as trabalham, portanto, com diversas modalidades de atendimento. Vejamos os relatos a seguir:

Entrevistado/a: Hoje a gente tem... tem focado da promo... da promoção à saúde, grupos de qualidade de vida, né? Aspectos informativos e formativos, na área de nutrição... na área de...

Pesquisadora: Então são grupos específicos, que estão marcados por alguma especificidade...

Entrevistado/a: Não são grupos de saúde mental, exclusivos, né? A gente tem tentado mesclar com público que também tenha essa... essa demanda, mas que seja acompanhado de forma mais abrangente, né? Também por outros profissionais e... também a gente faz visita domiciliar, daí junto com as equipes de saúde. Acho que... grupo específico assim, da psico... da saúde mental, assim, não está acontecendo. (destaques meus).

Entrevistado/a: E depois aquelas pessoas, que foram encaminhadas para mim, eu discuto com a pessoa que me... encaminhou, né? Seja um médico, para saber que tipo de andamento a gente vai proceder com o indivíduo. (destaques meus).

Noutra entrevista:

Pesquisadora: E grupos? Têm grupos com temáticas específicas? Como é que são os grupos?

Entrevistado/a: Os grupos abertos eles têm... a temática conforme é... as pessoas vão trazendo sua problemática, né?

Pesquisadora: Aqueles grupos de apoio? Aqueles grupos iniciais?

Entrevistado/a: Então. Cada um traz a sua dificuldade, naquele dia, naquela semana, naquele mês, e é trabalhado em conjunto essas temáticas, vindo com as outras pessoas, assim, temas em comuns, né? Tentando amarrar, fazendo uma colcha entre todos, né? Como é que eles veem o tema, como é que é isso na vida deles, como é que eles fariam. (destaques meus).

Pesquisadora: E as pessoas, é... começam o grupo e se mantêm... vêm?

Entrevistado/a: Então... cada dia tem um grupo, né? (em cada unidade). Porque esse grupo é uma porta aberta, uma oportunidade que as pessoas têm de... serem ouvidas, quando ocorre também a sua problemática, não, não tem que esperar, marcar, ir num médico, não. Tem que tentar facilitar ao máximo possível a introdução dessa pessoa no posto de saúde. (destaque meu).

Em contrapartida, um/a entrevistado/a destaca que, em seu ponto de vista, o atendimento em grupo pode não ser adequado para todos os/as usuários/as:

Entrevistado/a: eu tenho o entendimento de que nem todo paciente tem indicação para grupo e eu gosto de avaliar o paciente antes de colocar ele ou não num grupo, né? Então que... que acontece num primeiro momento, esse paciente tem que passar por alguém da equipe, né? Por que isso? (destaque meu).

O/a próprio/a entrevistado/a, em seguida, traz o porquê:

Entrevistado/a: A ideia assim, é que o paciente ele não é do psicólogo, do psiquiatra, ele é da equipe, né? (destaques meus).

Na sequência, procura justificar os motivos de o trabalho se dar desta forma:

Entrevistado/a: ...e a equipe envolve a equipe de saúde da família e a equipe de apoio matricial, então, é.... antes, quando a gente trabalhava no outro sistema, muitas vezes o paciente vinha direto e ninguém da equipe sabia nada sobre aquele paciente, então, é... sei lá, vamos supor que esse paciente, acontecesse alguma coisa com ele, passasse mal, uma tentativa de suicídio... e o psicólogo não estivesse na unidade, a equipe não sabia o que fazer, porque não conhecia o paciente, não sabia nada dele, então a ideia é... é poder oferecer para o paciente esse... um... um suporte maior, né? (destaques meus).

Neste ponto, parece-me inegável que, se ao invés de o modelo de atendimento estar centralizado em apenas um/a profissional, houver uma equipe à disposição do/a usuário/a, este/a poderá contar com um suporte maior, ao menos em termos da quantidade de profissionais disponíveis.

Por outro lado, é inegável, também, que este sistema de atendimento, no qual acabam sendo desprivilegiados o sigilo e a intimidade da pessoa, possa se constituir em elemento de controle e obstaculizar a chegada do/a usuário/a que, por exemplo, tenha determinada queixa relacionada à sua sexualidade, de uma maneira geral, ou, ainda, por exemplo, que tenha qualquer queixa, mas que tenha orientação diversa da heterossexual. O exemplo a seguir, ilustra esta preocupação pois, se há algum melindre como óbice à frequência ao grupo, poder-se-ia dizer o mesmo quanto a própria procura pelo atendimento:

Entrevistado/a: Então alguém da equipe deve atender. Em geral é o médico que atende, tá? Mas pode ser a enfermeira, pode ser técnico de enfermagem, né? Quem tiver na unidade e puder fazer a primeira escuta. Então, a gente tem reuniões com essas equipes de saúde da família, uma vez por mês, né? Eu e a psiquiatra, a gente se reúne com as equipes uma vez por mês. Daí a ideia é que esses casos, que eles avaliam que precisam de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, que eles discutam com a gente nessa reunião, né? A partir dessas informações que eles tem, é... a partir disso a gente é... vai é... avaliar, né? O que, que... o que se pode fazer por aquele caso. Nem todos os casos são realmente para acompanhamento psicológico ou psiquiátrico. Muitas vezes é para assistente social. (destaques meus).

Pesquisadora: E a questão do grupo? Qual seria uma característica, como tu dizes, para não irem para o trabalho em grupo, dentro de tua avaliação?

Entrevistado/a: Por exemplo, assim, ó... crise aguda, por exemplo, surto psicótico, o próprio diagnóstico de psicose, né? Ou a desconfiança de um diagnóstico de uma estrutura psicótica... não é que não é indicado, mas, em alguns casos, a gente até pode indicar... já tive pacientes psicóticos dentro de um grupo, mas é mais delicado assim... né? Não pode, está descompensado, por exemplo. Tem que estar bem a... quer dizer, dentro do possível, bem. Que mais? Às vezes, situações, como eu trabalho com unidades pequenas, não é raro acontecer de ter algum parente daquele paciente que já está no grupo. Então, para evitar essa situação, ou situações em que a queixa do paciente envolve alguma situação é... de constrangimento ou de sujeito a... a julgamento moral, né? De, tipo é... sei lá, é... alguém, né? Uma mulher envolvida com prostituição, né? E que isso seja uma questão para ela e que ela precise tratar disso, né? E tem que ver.

Até uma vez eu escrevi umas coisas que me pediram... agora não me lembro tudo de cabeça assim, mas sobre isso... (destaques meus).

Outro aspecto que me parece interessante destacar relaciona-se ao fato que, no modelo vigente, na maioria das vezes, o/a usuário/a que chega ao/a psicólogo/a procurou a UBS com queixa diversa e, na entrevista inicial com o médico ou no matriciamento, concluiu-se que deveria haver atendimento psicológico. Apresento a fala a seguir:

Entrevistado/a: O PSF precon... preconiza esse trabalho em equipe. Todos se responsabilizam pelo paciente. Ainda temos uma questão que está muito voltada na figura do médico, muito centralizada na figura do médico. Felizmente eu tenho uma boa relação com esses médicos, então a gente busca ampliar esse olhar, né? Como contar para o médico é mais fácil, eu tento preparar esse médico para receber as informações e a partir disso dar orientações, né? (destaque meu).

Percebo nesta fala que a presença de outros profissionais nas equipes cumpre o propósito de ampliar o olhar que ainda está centralizado na figura do médico, como assinala o/a entrevistado/a.

É importante apontar a flexibilidade na escolha teórica dos/as entrevistados/as, como tentativa de trabalhar com maior aproximação aos usuários e no espaço em que se encontram. Tem-se então que vários/as psicólogos/as tem como linha teórica de trabalho a psicanálise, por exemplo, mas se utilizam de outras técnicas e teorias simultaneamente e conforme a necessidade para, ampliando o horizonte teórico e prático, poder dar conta da diversidade de demandas que se apresentam nas UBSs, como se verifica nas falas a seguir:

Entrevistado/a: A minha abordagem é a psicanálise, mas em termos de técnica de atuação, eu me permito beber de várias fontes. Então, dependendo da demanda que o paciente me traz, uso técnicas das que aprendi na faculdade: comportamental e... reforçando os comportamentos adequados, né? E... em termos de psicanálise, compreendendo o sofrimento e o significado do sofrimento do paciente e estabelecendo possibilidades de insight e por lá vai. A ideia é sempre que o paciente melhore. Então eu me permito utilizar várias ferramentas, é...

Pesquisadora: Então, você trabalha com a psicanálise no seu trabalho de grupos ou individual?

Entrevistado/a: A minha leitura é psicanalítica e no consultório a estratégia para qualquer instituição é psicoterapia breve, né? Em termos de foco, né? Tá? É nesse sentido.

Sobre o tempo em que os/as entrevistados/as têm de graduados, destaco que o maior tempo de graduação é trinta anos e o menor quatro anos. Quanto às abordagens a partir das quais trabalham, são diversas: sistêmica, psicanálise, cognitivo comportamental, *gestalt* e psicoterapia breve. Sete dos/as entrevistados/as trabalham apenas nas UBSs e três têm outras atividades relacionadas à profissão, como o magistério superior e/ou o trabalho em consultório particular.

Quase todos/as profissionais fizeram formação no nível de especialização e/ou mestrado, exceto um/a que fez cursos complementares. Nenhum deles lembra ou refere ter tido em algum destes cursos, durante ou após a graduação, alguma formação ou capacitação que estivesse referida às sexualidades. Também não referiram ter tido algum tipo de capacitação ou treinamento durante o seu trabalho no SUS, na Secretaria de Saúde do Município.

2.2 Diagnósticos, queixas e demandas: o que diz o/a usuário/a?

Quando perguntei sobre as principais queixas, vários/as psicólogos/as responderam prontamente: ansiedade e depressão, conforme se lê nos seguintes trechos:

Pesquisadora: quais são as principais queixas que aparecem?

Entrevistado/a: Depressão, ansiedade, né? Quadros de pânico e, ultimamente, vem crescendo a demanda de transtorno bipolar, tá? Que a gente tem feito bastante na verdade é o... algumas avaliações para fazer o diferencial, porque já vem com esse diagnóstico de muito tempo. É transtorno bipolar, mas durante os mes... o tempo que estou aqui, a gente não percebeu nenhuma oscilação, estabilizados. Então, a gente tem feito algumas é... algumas intervenções, aí, de diagnósticos, de que estamos recebendo bastante de... de... de transtorno bipolar.

Pesquisadora: Daí, então, é acolhido, encaminhado aqui... como é que vocês trabalham, então, uma pessoa que vem com esses diagnósticos? Como é que vocês trabalham?

Entrevistado/a: Então, assim, é... quando vem de encaminhamento externo, é sempre marcado com o médico de família. Qualquer encaminhamento, a porta de entrada é a equipe de saúde da família ou o médico ou enfermeira. E aí, dependendo da situação, ele vai marcar essa consulta conjunta junto com o psiquiatra e com psicólogo. Se ele não tiver, porque agora a gente está com essa questão de falta de psiquiatra, ele busca recursos, ele entra em contato com profissionais de outros serviços, tenta discutir o caso e, aí, também comigo, né? Psicóloga... tenta discutir o caso, daí a gente vai vendo, vai dando os encaminhamentos. Às vezes, é necessário um acompanhamento psiquiátrico, a gente tenta em outra unidade, com outros profissionais... e porque, assim, a equipe de saúde mental está um pouco desfalcada pela falta do psiquiatra, né? Daí a gente vai tentando é... organizar da melhor forma possível, né? Quando precisa, a gente pede auxílio de um profissional de outro serviço, daí. (destaques meus).

Outra das falas sobre as principais queixas:

Entrevistado/a: Em termos de diagnóstico clínico, né? Médico clínico... a gente tem: muitas pessoas com transtorno bipolar, transtorno depressivo e também com síndrome do pânico, né? Ansiedade generalizada... mas, assim, mais assim a questão do transtorno bipolar...

Pesquisadora: O psiquiatra está afastado... então, quem diagnostica o transtorno bipolar é o médico? O médico da família?

Entrevistado/a: O médico, o médico, e... às vezes também busca apoio. Ou ele vem com encaminhamento do psiquiatra que, às vezes, ele frequenta um psiquiatra particular ou outro psiquiatra da rede. Ou vem com outra referência da rede.

Pesquisadora: Eles vêm com esse diagnóstico de onde?

Entrevistado/a: Muita gente está diagnosticando, né? Muita gente está medicando, muita gente está diagnosticando. Daí, como a gente não tem um grande número de psiquiatras, né? É muito reduzido... acabam os próprios clínicos fazendo esse diagnóstico. (destaques meus).

Pesquisadora: O que tu achas?

Entrevistado/a: Daí a dúvida... por isso te falo, né? Da importância de um diagnóstico diferencial, de ser reavaliado. Agora que a gente está reestruturando o serviço através de matriciamento com os médicos e uma vez por mês, em cada unidade, a gente tem o matriciamento da psiquiatria, para reavaliar esses casos. (destaque meu).

As principais “queixas”, então, são ansiedade e depressão. Estas, no entanto, não são queixas, são diagnósticos. As pessoas falam “estou deprimido” em vez de falarem “estou triste”. No englobamento das queixas em diagnósticos pode estar também um olhar para o diagnóstico e não para o que o paciente traz, para sua necessidade. Hoje não se vê o número do paciente, mas sim o seu nome, e isso é um avanço. Mas, por outro lado, vê-se seu nome e sua patologia, não sua necessidade ou sua problemática. Qual é sua problemática? Porque está triste e não com depressão ou ansioso? No caso de outras sexualidades que não a heterossexual, a depressão ou a ansiedade podem ser consequências de uma problemática específica e particular na qual, inclusive, devem ser considerados riscos específicos implicados. Mas o usuário pode, sim, chegar falando em depressão ou ansiedade, ou seja, já diagnosticado por ele mesmo, por outro profissional, pelo discurso médico que se alastra nas mídias ou pelo farto conteúdo desta natureza amplamente disponível hoje na *internet* como apresentado por Baroni (2010).

Se o atendimento está centralizado em ansiedade e depressão, se as queixas são estas, parece que poderia haver uma dificuldade em ver o que se esconde atrás delas. A queixa, nestes casos, poderia estar encoberta por dados diagnósticos pertencentes a estatísticas e tendentes à medicalização, que me parece são referendados e norteados pelo Protocolo de Saúde Mental do Município de Florianópolis ao qual me referirei mais adiante.

3 DIREITOS HUMANOS, SUJEITOS E ABJEÇÕES

“... quando uma comunidade institui seus textos, seus mitos, seus valores éticos e estéticos, está gerando simultaneamente sua margem: o que se institui como marginalidade e dissidência, a cor da pele, a fé religiosa, as condutas sexuais, os loucos e os extraordinários.

Michel Foucault vê neste movimento um vetor essencial do motor da história: a produção incessante de divisão e segregação”.
(Marcelo Viñar, 1998, p. 181).

Neste capítulo, pretendo recuperar alguns textos “oficiais” dos direitos humanos, internacionais, sua réplica no Brasil e textos da ciência. Junto com estes, alguns dos textos colhidos nas entrevistas. Como uma rede de pensamentos que se tecem e encadeiam, penso nos discursos oficiais que geram políticas públicas e que, advindos da necessidade de ativistas e da luta por direitos, geram leis, normas, decretos e abrem a possibilidade de ações tendentes a equidade que necessita ser salvaguardada porque não existe “naturalmente”. Por outro lado, os discursos da/s ciência/s que sustentam e contribuem nessa trama de saberes e poderes ora concordantes, ora antagônicos. Procurando me situar, desconfiar, suspeitar e encontrar aquilo que os textos tem de imperceptível, cito a Jacques Derrida (2005), pois:

Um texto só é um texto se ele oculta ao primeiro olhar, ao primeiro encontro, a lei de sua composição e a regra de seu jogo. Um texto permanece, aliás, sempre imperceptível. A lei e a regra não se abrigam no inacessível de um segredo, simplesmente elas não se entregam, no *presente*, a nada que se possa nomear rigorosamente uma percepção. (DERRIDA, 2005, p. 07).

3.1 Textos Oficiais de Base Internacional

Un deber de esta ciudadanía internacional es el de hacer valer a los ojos y a los oídos de los gobiernos los sufrimientos de los hombres, de los que no es verdad que no sean responsables.
(Foucault, 1996, p. 211).

3.1.1 *Princípios de Yogyakarta*

“Toda pessoa, independente de sua orientação sexual ou identidade de gênero, **tem direito...**”.
(Princípios de Yogyakarta, 2007).

Visando enfrentar a deficiente proteção contra violação dos direitos humanos no que tange especificamente à orientação sexual ou à identidade de gênero, uma Comissão Internacional de Juristas e o Serviço Internacional de Direitos Humanos desenvolveu um conjunto de princípios jurídicos internacionais referentes à aplicação de leis internacionais sobre violações de direitos humanos com base na orientação sexual e na identidade de gênero. Para poder dar indicativos coerentes sobre a necessidade de atuação dos Estados, especialistas em direitos humanos elaboraram um documento preliminar que foi ratificado na Universidade Gadjah Mada, em Yogyakarta, Indonésia, entre 6 e 9 de novembro de 2006. No texto, também, incluem-se recomendações adicionais dirigidas a diversas instituições, mídia, ONGs e financiadores. Estes princípios ratificam as obrigações legais dos Estados de promover os direitos humanos e normas jurídicas, devendo ser cumpridas por cada um dos signatários.

Verifico que esta carta de princípios ecoa a Declaração dos Direitos Humanos, assinada em 1948 e promovida pela ONU, após as terríveis violações dos direitos humanos cometidas na segunda guerra mundial, e corrobora a não distinção de raça, cor, sexo, credo opiniões, origem, nascimento ou outros *status*.

Verificando o preconceito, a violência e a discriminação originados na orientação sexual ou na identidade de gênero, e com o agravamento destas com outros entrecruzamentos como necessidades

especiais, etnia, situações de saúde etc., e, pretendendo evitar que essa violência mine a integridade levando as pessoas à repressão de sua identidade e/ou à invisibilidade, os Princípios de Yogyakarta objetivam a promoção de diretrizes para evitar a violação dos direitos humanos desta população. (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2007).

Como premissa fundamental, destaco:

Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Todos os direitos humanos são universais, interdependentes, indivisíveis e inter-relacionados. A orientação sexual e a identidade gênero são essenciais para a dignidade e humanidade de cada pessoa e não devem ser motivo de discriminação ou abuso. (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2007, p.07).

Da carta geral de Princípios, resalto dois que trazem considerações importantes e relacionadas com o presente trabalho: os Princípios 17 e 18.

Princípio 17: Direito ao padrão mais alto alcançável de saúde, no qual se assinala que: “Toda pessoa tem o direito ao padrão mais alto alcançável de saúde física e mental, sem discriminação por motivo de orientação sexual ou identidade de gênero. A saúde sexual e reprodutiva é um aspecto fundamental desse direito”.

Assim, este princípio prevê os deveres dos Estados especificamente no que tange ao tratamento e à preservação da saúde, visando garantir o respeito à diversidade, como se verifica nos itens f e h, que transcrevo a seguir:

f) Garantir que todos os programas e serviços de saúde sexual e reprodutiva, educação, prevenção, atendimento e tratamento respeitem a diversidade de orientações sexuais e identidades de gênero, estando igualmente disponíveis para todas as pessoas, sem discriminação;

h) Assegurar que todos os provedores de serviços de saúde tratem os/as clientes e seus parceiros ou parceiras sem discriminação por motivo de orientação sexual ou identidade de gênero, inclusive no que diz respeito ao reconhecimento de parceiros e parceiras como parentes mais próximos; (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2007, p. 25).

Princípio 18: Proteção contra abusos médicos, o qual enfatiza novamente que a orientação sexual e a identidade de gênero não são doenças, questão que será tratada mais adiante e que merece relevância por se aproximar a temática do presente trabalho:

Nenhuma pessoa deve ser forçada a submeter-se a qualquer forma de tratamento, procedimento ou teste, físico ou psicológico, ou ser confinada em instalações médicas com base na sua orientação sexual ou identidade de gênero. A despeito de quaisquer classificações contrárias, a orientação sexual e identidade de gênero de uma pessoa não são, em si próprias, doenças médicas a serem tratadas, curadas ou eliminadas. (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2007, p. 26).

E, assim, explicita-se claramente a iniciativa do princípio, no item f, no qual se visa garantir que a orientação sexual e a identidade de gênero não sejam tratadas como doenças.

f) Garantir que qualquer tratamento ou aconselhamento médico ou psicológico não trate, explícita ou implicitamente, a orientação sexual e identidade de gênero como doenças médicas a serem tratadas, curadas ou eliminadas. (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2007, p. 26).

No final da carta de princípios, há recomendações adicionais nas quais se destaca que: “Todos os membros da sociedade e da comunidade internacional têm responsabilidades relacionadas à aplicação dos direitos humanos”. Neste sentido, desde o Alto Comissariado das Nações Unidas até associações civis, comerciais e de classe, assim como também a mídia, devem se comprometer no cumprimento destas normas. Dentre estas recomendações, assinalo o item m:

m) As organizações profissionais, incluindo aquelas nas áreas médica, de justiça criminal e civil e educacional revisem suas práticas e diretrizes para garantir que promovam vigorosamente a implementação destes Princípios. (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2007, p. 37).

Esta Carta de Princípios tem baseado várias das ações e propostas no Brasil, como por exemplo, o Programa Brasil sem Homofobia, conforme se verá adiante.

3.1.2 Declaração Universal dos Direitos Sexuais

“Los derechos sexuales son derechos humanos fundamentales y universales”. (World Association for Sexology, 2008).

A Associação Mundial de Sexualidade, apoiada pela OMS, propôs a Declaração Universal dos Direitos Sexuais no 13º Congresso Mundial de Sexologia, em 1997, Valencia, Espanha, texto que foi referendado e aprovado na Assembleia Geral da Associação Mundial de Sexologia, WAS¹⁰, em 26 de agosto de 1999, no 14º. Congresso Mundial de Sexologia, em Hong Kong, República Popular da China.

Do prólogo da Declaração extrai-se:

La sexualidad humana es dinámica y cambiante, se construye continuamente por la mutua interacción del individuo y las estructuras sociales, está presente en todas las épocas de la vida, como fuerza integradora de la identidad y contribuye a fortalecer y/o producir vínculos interpersonales. El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psíquico, intelectual y espiritual. Es parte de una sexualidad libre de conflictos y angustia, promotora del desarrollo personal y social. Por lo tanto proponemos, que la sociedad cree las condiciones dignas donde se puedan satisfacer, las necesidades para el desarrollo integral de la persona y el respeto a los siguientes Derechos Sexuales inalienables, inviolables e insustituibles de nuestra condición humana. (WORLD ASSOCIATION FOR SEXOLOGY, 2008).

¹⁰ World Association for Sexology.

Prevalece o reforço dos direitos à liberdade, à autonomia e à privacidade. Especial destaque merece o direito à equidade sexual: “Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, por razones sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o discapacidad física, psíquica o sensorial”. Também se universalizam os direitos ao prazer, à livre associação sexual e à livre escolha reprodutiva, assim como à informação sexual científica, à educação sexual compreensiva e à atenção clínica da saúde sexual.

Porém, assinala Maria Juracy Filgueiras Toneli (2008, p.71) que “A despeito das discussões teórico-conceituais, dos entendimentos das associações científicas e dos esforços das organizações políticas internacionais, os direitos sexuais não são assegurados como propostos pela Declaração aprovada pela WAS”. Evidencia-se aqui também a pesada influência religiosa nesse sentido.

3.2 Textos Oficiais de Bases Nacionais

Dentre os textos nacionais destacarei à seguir o Programa Brasil sem Homofobia, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), o Programa Nacional De Direitos Humanos PNDH-3 e a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Contribuições sobre Saúde Mental e Direitos Humanos.

3.2.1. Programa “Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB¹¹ e de Promoção da Cidadania Homossexual”

Em 2004, a Secretaria Especial de Direitos Humanos - SEDH da Presidência da República elaborou o programa Brasil sem Homofobia - Programa de Combate à Violência e à Discriminação GLTB (na época), com o objetivo de promover a cidadania, equiparar direitos e combater a discriminação e a violência. As ações que constituem o Programa estão direcionadas a dar apoio a projetos, a incentivar a capacitação profissional referente a direitos humanos, a promover a autoestima da população LGBT, assim como a difundir as informações sobre direitos e a denunciar a violação dos direitos humanos desta população.

Seus princípios consistem na não discriminação por orientação sexual e a promoção dos direitos humanos da população LGBT nas políticas públicas do Governo Federal, assim como de todas suas dependências. O fomento, a produção de conhecimento que busque dar subsídios para a elaboração de políticas públicas orientadas ao combate da violência e da discriminação por orientação sexual, também é um dos seus objetivos principais.

O Programa possui como base o foro das Nações Unidas, na Conferência Mundial de Beijing (1995) (na qual não pode ser aprovada), e retomada na Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Formas Conexas de Intolerância realizada em Durban, África do Sul (2001). Neste evento se engendraram propostas de ações como a segunda versão do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH II, 2002), no qual se destacam aquelas voltadas ao combate à discriminação por orientação sexual e à sensibilização da

¹¹ A sigla GLBT, foi substituída na Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais - realizada em 2008, sob a coordenação da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, na qual se deliberou com a participação do movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais a adoção da sigla LGBT. O objetivo desta mudança é corroborar a visibilidade das mulheres do movimento e evidenciar as desigualdades nas questões de gênero. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/texto_da_politica_lgbt_sgep.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2011.

sociedade, visando garantir o direito à liberdade e à igualdade da população LGBT.

Outro resultado da Conferência de Beijing é a criação do Conselho Nacional de Combate à Discriminação, em outubro de 2001, e de uma Comissão temática permanente para receber denúncias de violações de direitos humanos com base na orientação sexual, em 2003. Portanto, o Programa Brasil sem Homofobia, lançado em 2004, é herdeiro destas bases.

O Brasil Sem Homofobia origina-se em discussões entre o Governo Federal e a sociedade civil. Tem como objetivo promover a cidadania e os direitos humanos da População LGBTTTT, equiparando direitos e combatendo a violência e discriminação advinda de homofobia “... respeitando a especificidade de cada um desses grupos populacionais”. (BRASIL, Conselho Nacional de Combate à Discriminação, 2004).

Suas ações estão voltadas para:

- a) apoio a projetos de fortalecimento de instituições públicas e não-governamentais que atuam na promoção da cidadania homossexual e/ou no combate à homofobia;
- b) capacitação de profissionais e representantes do movimento homossexual que atuam na defesa de direitos humanos;
- c) disseminação de informações sobre direitos, de promoção da auto-estima homossexual; e
- d) incentivo à denúncia de violações dos direitos humanos do segmento GLTB. (BRASIL, Conselho Nacional de Combate à Discriminação, 2004, p.11).

Dentre seus princípios, destaca-se a inclusão não discriminatória da população LGBTTTT nas políticas públicas do governo federal, ministérios e secretarias. A elaboração e produção de subsídios para implementação de políticas públicas que visem o combate à violência e à discriminação por orientação sexual, bem como a defesa e a promoção dos direitos humanos.

Estabelece, ainda, programa de ações em âmbitos diversos e no que tange ao direito à saúde, no artigo VI – Direito à Saúde: consolidando um atendimento e tratamentos igualitários, destaca:

Formalizar o Comitê Técnico “Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais”, do Ministério da Saúde, que tem

como objetivo a estruturação de uma Política Nacional de Saúde para essa população. A agenda de trabalho desse Comitê considerará, entre outras, as propostas apresentadas pelo movimento homossexual, em que se destacam:

- i) atenção especial à saúde da mulher lésbica em todas as fases da vida; ii) atenção a homossexuais vítimas de violência, incluindo a violência sexual; iii) atenção à saúde dos homossexuais privados de liberdade;
- iv) promoção da saúde por meio de ações educativas voltadas à população GLTB;
- v) estabelecimento de parceria e participação de usuários GLTB e do movimento organizado na definição de políticas de saúde específicas para essa população;
- vi) discussão com vista na atualização dos protocolos relacionados às cirurgias de adequação sexual;
- vii) atenção à saúde mental da população.

Apoiar a implementação de condições para produção e acesso ao conhecimento científico sobre saúde e sobre outros aspectos da população GLTB por meio de: Desenvolvimento de estratégias para a elaboração e execução de estudos que permitam obter indicadores das condições sociais e de saúde da população GLTB; Implementação de Centros de Informação (observatórios) que possam gerenciar estudos de saúde sobre e para a população GLTB com capacidade de processamento, análise e divulgação de informações desta natureza; Estabelecimento de canais de divulgação das informações científicas de saúde existentes e produzidas;

Estabelecimento de um canal com função de Ouvidoria, por meio do Disque-Saúde do MS, para recebimento e encaminhamento de denúncias sobre situações de discriminação ocorridas na rede de saúde.

Apoiar os investimentos na formação, capacitação, sensibilização e promoção de mudanças de atitudes de profissionais de saúde no atendimento à população GLTB, procurando garantir acesso igualitário pelo respeito à

diferença da orientação sexual e do entendimento e acolhimento das especificidades de saúde desta população (BRASIL, Conselho Nacional de Combate à Discriminação, 2004, p. 23 e 24).

Também no que tange à saúde no apartado 26 se assinala:

26) Apoiar os investimentos na formação, capacitação, sensibilização e promoção de mudanças de atitudes de profissionais de saúde no atendimento à população GLTB, procurando garantir acesso igualitário pelo respeito à diferença da orientação sexual e do entendimento e acolhimento das especificidades de saúde desta população.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde criou, também em 2004, o Comitê Técnico de Saúde da População GLBT, com vistas à criação de uma política específica para o SUS, finalmente lançada em 2010.

Sobre este programa os/as entrevistados/as responderam:

Pesquisadora: E o programa Brasil sem homofobia, você conhece?

Entrevistado/a: O programa que?

Pesquisadora: Brasil sem homofobia.

Entrevistado/a: Não, não conheço.

Noutra entrevista:

Pesquisadora: E o Programa Brasil sem Homofobia, você conhece?

Entrevistado/a: Só ouvi, é... Gabriela, só ouvi... não... né?

Em mais uma entrevista:

Pesquisadora: E o Programa Brasil sem Homofobia, conhece?

Entrevistado/a: Eu ouvi falar, eu não conheço especificamente, tá? É... mas, oxalá, consiga!

Em algumas entrevistas fiz, também, uma pergunta procurando relacionar a Política Nacional de Saúde LGBT e o Plano Nacional de

Direitos Humanos com o Programa Brasil sem Homofobia, tentando descobrir se o/a entrevistado/a conhecia estas diretrizes do governo federal. Como exemplo, destaco a fala a seguir:

Pesquisadora: No ano passado saiu alguma coisa que relaciona o SUS e que relaciona o atendimento e a saúde LGBT com o programa Brasil sem Homofobia e com o SUS, vocês tiveram... chegou aqui a vocês? Não foi discutido?

Entrevistado/a: Não tsch, tsch¹²... um pouco do material ainda que eu acabo manuseando aqui e que chega para a gente é os relacionados com DST e aí tem alguma coisa sobre... para esse público, assim, né? Escrita nos folders, no material educativo, né? Mas nada específico para essa população, assim, né? Que tenha chegado específico para essa população, né?.

Pesquisadora: Certo. E... e o programa Brasil sem Homofobia, tu conheces?

Entrevistado/a: Não, não conheço. É um programa do Ministério da Saúde?

Noutra entrevista

Pesquisadora: E o programa Brasil sem Homofobia conheces?

Entrevistado/a: O programa sem homofobia, de agora?

Pesquisadora: Brasil sem homofobia...

Entrevistado/a: Eu sei do... do que... da questão que está sendo feita contra a homofobia, mas não sabia que tinha esse... esse nome programa sem homofobia, não sabia que tava tendo.

Pesquisadora: E alguma outra ação ou programa do estado ou do SUS ou do Ministério de Saúde que seja referente à temática?

Entrevistado/a: Não de indicadores deles, né? Da equipe de saúde da família, né? Do SUS, né? Do... do... os programas são sempre voltados para... para... para gestante, para criança, para adolescente, para saúde da mulher e, agora, está se começando a ter saúde do homem. Agora que está tendo uma gerência lá na Secretaria de Saúde do Município para saúde do homem. Porque antes era sempre a saúde do trabalhador, que era onde o homem se inseria no meio de tudo isso. Então, assim de ter alguma coisa específica de sexualidade, que tem daí já é com a violência, né? De homem contra mulher, é saúde do idoso, é violência contra a

¹² O/a entrevistado/a emite sons de negação.

criança... então, essa questão da sexualidade está só no meio, assim, caminhando em meio disso e faz parte de todos, né? De todos, né? E fica... fica meio velado... (destaque meu)

Pesquisadora: Algum outro programa do governo, do ministério de saúde relacionado à população LGBT?

Entrevistado/a: Na realidade, eu acho que não. Eu desconheço que tenha algum trabalho específico para isso. Pode ser por ignorância minha, mas eu vejo o ministério da saúde muito voltado à questão de saúde, vamos assim dizer, é... do menor, do adolescente, para que ele tenha acesso. Mas para a gente diminuir essa... esses dados estatísticos de saúde pública que seria doenças sexualmente transmissíveis, e pra isso é... eu acho que ele está de acordo com essa homofobia. Todos somos iguais e temos que cuidar da saúde como seres humanos independente de ser a, b ou c. Então acho que não, não sei se tem algum trabalho específico para essa clientela, vamos assim dizer, acho que é geral para qualquer cidadão brasileiro, né? Eu não vejo como uma prioridade, a não ser assim, gestante que tem... para que tenha um cuidado, as crianças até determinada idade, ao idoso que aí, são... mas ao idoso pouco importa se ele é homossexual ou não, pouco importa se é tipo assim, o adolescente, pouco importa. O que importa é que ele tem direito. Então, a gente tenta pelo menos, pelo menos, eu não tenho percebido, não vejo essa... como estou te dizendo, mas aqui no centro mas cosmopolita, vamos assim dizer, de todo um pouco. Então pode ser que esteja, assim, desprovido dessa questão mais preconceituosa. Talvez você sinta, talvez tinha eu que falar com alguns colegas que estão atuando mais em regiões, mais dentro de Florianópolis, em regiões menores, tipo, né? Aqui (*fala do distrito e bairros*) são universos menores que, aí, eu não tenho notícia, né? Eu nem sei se essa clientela tem acesso (destaques meus).

Merecem importante destaque, também, as duas conferências nacionais LGBT, a primeira de 2008 e a segunda de 2011, que permitem a interlocução da sociedade civil e a construção conjunta de bases para as políticas públicas. A Carta dos Usuários da Saúde também se constitui num importante marco por mencionar em seu texto a importância do uso do nome social para travestis e ou transexuais, que assim o escolherem, e a fundamental referência à orientação sexual e, fundamentalmente, à identidade de gênero.

Também é de grande relevância o Programa Saúde na Escola - PSE regulamentado pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, do Governo Federal que, sendo de responsabilidade conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação, tem como objetivo implementar ações de prevenção para a formação dos alunos da educação básica da rede pública. Como parte deste programa, uma de suas ações é o *Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas - SPE*, cujo foco é a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens, com objetivo de prevenção e combate às DST/HIV/AIDS. Marcelo Perilo, et. al (2009) destacam que no SPE a homossexualidade é discutida tangencialmente porque os objetivos prioritários seriam outros, fundamentalmente o combate a HIV/AIDS.

Destaca-se na fala a seguir a referência à ação concomitante da saúde e das escolas:

Pesquisadora: Desde o ponto de vista do Estado, tu viste algum movimento nesse sentido? Conheces algum programa?

Entrevistado/a: Não. O que a gente tem trabalhado um pouco nas escolas em relação a temática da sexualidade é o programa saúde escolar. Então a gente trabalhou a sexualidade, né? Que acho que é um tema para adolescência, né? Mas foi focado muito mais na prevenção na saúde, né? Saúde sexual e reprodutiva, do que ampliado um pouquinho esse debate, né? Em função da demanda, do... da falta de tempo, né? e então, foi muito pouco explorado. Mas eu acho que seria nesse momento, a gente poderia ter respondido com o programa, né? Com a política do Ministério, do Programa de Saúde Escolar. E eu acho que tem uma grande chance de ser abordado isso, tanto nas escolas municipais e estaduais.

Nesta fala o/a próprio/a entrevistado/a percebe a limitação desta abordagem nas escolas e assinala a possibilidade de aproveitar a oportunidade, essa brecha, para incluir e ampliar a temática. A partir deste programa e em consonância com ele, vários planos foram traçados. Mas, estes planos parecem ser desconhecidos. Algo dificulta a chegada à ponta, ou seja, às UBSs. Destaco, também, que no Protocolo de Saúde Mental do Município (como será abordado), não se faz nenhuma menção à população LGBT, o que demonstra o direcionamento que parece ser dado aos serviços de saúde por seus gestores. De forma contrária, as premissas do SUS e de todos os planos e políticas nacionais como as já referidas (e inclusive a todas as políticas

internacionais que fundamentam e respaldam estas últimas), possuem disposições que abarcaria os anseios desta população. Pareceria haver, portanto, alguma dificuldade na porção intermediária da comunicação, do planejamento e da realização destas medidas.

Oito dos/as dez entrevistados/as ainda não conhecem o Programa Brasil sem Homofobia, e os/as outros/as dois/duas ouviram falar apenas vagamente sobre ele, o que pode ser bastante preocupante, uma vez que referido Programa, como dito, é de 2004.

3.2.2 Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT).

Seguindo as diretrizes do Programa Brasil sem Homofobia, organizado pela SEDH da Presidência da República, o Ministério da Saúde tem cunhado, a partir de 2010, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT). Esta política, que se pretende ver implementada no SUS, tem como objetivo resguardar as especificidades desta população no que tange aos processos de saúde-doença. A implementação depende do compromisso de todas as áreas do Ministério, assim como dos Conselhos de Saúde e da sociedade civil. Trata-se de um conjunto de diretrizes que, para serem operacionalizadas, deverão ter planos, estratégias e metas, visando a eliminação de discriminação e preconceito.

O objetivo geral desta Política Nacional é:

Promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equânime. (POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS, 2010, p.16).

Reafirma-se, assim, o compromisso com o SUS e com seus valores fundamentais - universalidade, integralidade e participação -, promovendo a "... prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, além do incentivo à produção de conhecimentos e o fortalecimento da

representação do segmento nas instâncias de participação popular”. Esta política promove a criação de ações e programas para serem desenvolvidos, os quais se constituem em medidas a serem praticadas seja pelo SUS como um todo e/ou por todas suas dependências, estaduais e municipais.

Esta iniciativa está fundamentada, assim como o SUS, na Constituição Federal de 1988 cujo título VIII trata Da Ordem Social, e a respectiva Seção II – Da Saúde – sendo que nos artigos 196 a 200 garante a universalidade do direito à saúde, à dignidade e à cidadania das pessoas, assim como a promoção do “... bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988, art. 3.º, inc. IV). (CF/88).

A política proposta recomenda amplamente a diversos setores governamentais a necessidade de garantir as políticas públicas que assegurem programas e ações que visem a não discriminação e que promovam a equidade para todos no que refere ao acesso aos serviços públicos.

Adriana Vianna e Sérgio Carrara (2008) analisam o contexto em que se desenvolvem os direitos e as políticas que tenho mencionado. Assim, frisam que apesar da Constituição de 1988 ser popularmente conhecida como a “*Constituição Cidadã*” e, ainda que inspirada em demandas da sociedade civil e posterior à ditadura e de possuir uma ampla reflexão sobre o processo de democratização, no que tange à temática LGBT não possui o alcance que este coletivo esperaria. Porém, poder-se-ia dizer que, mesmo que não incluía no seu bojo a menção expressa desta população, dela pode se depreender a possibilidade de reivindicações como de fato tem acontecido, assim como é verificado nos antecedentes mencionados que a ratificam como princípio. Verifica-se, no entanto, que, assim como na Revolução Francesa com a Carta de Direitos do Homem haveria a promulgação dos direitos dos cidadãos e da qual muitos e, principalmente, muitas estariam excluídas, a nossa Constituição de 1988 também incorre neste “defeito”. Ainda que a nova Carta Magna apresente enormes conquistas como igualdade de gênero, direito universal à saúde, proibição da discriminação no mercado de trabalho por sexo, cor, idade ou estado civil, as questões sobre orientação sexual não se incluem explicitamente nela, sendo objetos para propostas de Emenda Constitucional. Segundo estes autores, esta ausência se torna um dos obstáculos principais para o combate à discriminação baseada em orientação sexual.

Neste sentido, os autores lembram que:

El proceso de construcción de los derechos sexuales en Brasil está marcado por la ambigüedad. Existe un fuerte compromiso de producir e implementar los derechos humanos, dadas las obligaciones internacionales, pero este compromiso se ve constantemente amenazado por profundas desigualdades sociales, raciales, étnicas y de género. Aún cuando los movimientos sociales se han esforzado en re-democratizar el país, los grupos conservadores de presión política, especialmente aquéllos apoyados por partidos políticos de orientación religiosa, han buscado impedir el avance de los derechos relacionados con la diversidad sexual, o los derechos individuales a la sexualidad y a la elección reproductiva. (VIANNA; CARRARA, 2008, p.30).

Entre os princípios fundamentais do SUS estão a universalidade, a igualdade e a integralidade. No que tange especificamente à igualdade, para que esta possa se efetivar é necessário que não haja preconceitos, ou seja, que todos sejam tratados igualmente. Neste sentido, Magnor Ido Müller e Daniela Riva Knauth (2010), visualizam como dificuldade a falta de capacitação na área das sexualidades e questionam as práticas dos profissionais de saúde que, em geral, durante sua formação, quando discutem a homossexualidade, o tem feito desde um ponto de vista apenas biológico, desconsiderando aspectos culturais e simbólicos.

Tatiana Lionço (2008), por sua vez, sinaliza que o fundamento para uma política de saúde para a população LGBT deve ser a promoção da equidade, e que para tal é necessário que se reconheçam as condições de vulnerabilidade e suas especificidades no que tange a direitos sexuais e reprodutivos. Assim destaca que a saúde sendo um direito de todos e dever do Estado:

...é, no entanto, um ideal, sendo a realidade brasileira atravessada por iniquidades que devem ser combatidas com ações que proponham reverter quadros de exclusão e da violação de direitos humanos fundamentais, na perspectiva da promoção da equidade para distintos grupos sociais. (LIONÇO, 2008, p.12).

3.2.3 Programa Nacional De Direitos Humanos PNDH-3

Numa outra instância governamental, no Ministério da Justiça, tem se organizado o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3), regulamentado em 2009 e 2010, de cujos eixos orientadores ressaltou o Objetivo Estratégico V, Eixo Orientador III: Universalizar Direitos em um Contexto de Desigualdades, Diretriz 10: Garantia da igualdade na diversidade que, dentre os seus objetivos estratégicos contempla a garantia do respeito à livre orientação sexual e identidade de gênero.

O PNDH-3 propõe ações programáticas tendentes ao desenvolvimento de políticas afirmativas e de respeito à livre orientação sexual e identidade de gênero. Apoia, também, o projeto de lei que dispõe sobre união civil e direito de adoção. Visa, ainda, garantir o uso do nome social acrescentando o espaço sobre identidade de gênero nos prontuários do sistema de saúde, o fomento à criação de redes de direitos humanos e o apoio à implementação de centros de referência em direitos humanos.

O Programa em pauta promove, ainda, a realização de relatórios de acompanhamento das políticas públicas contra a discriminação que incluam dados sobre trabalho e emprego, saúde, registro de violações a seus direitos e dados populacionais.

3.2.4 IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Contribuições sobre Saúde Mental e Direitos Humanos

Na IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial em Brasília, em 2010, a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República apresentou contribuições para a discussão sobre saúde mental e direitos humanos em formato de livro/cartilha que se encontra também disponível na *internet*. No que tange à população LGBT, e partindo do Programa Brasil Sem Homofobia e da 1ª Conferência Nacional LGBT de 2008, reforçou as ideias e diretrizes já destacadas por variadas instâncias e setores.

Segundo esta cartilha, as diversas formas de violações aos direitos humanos sofridas pela população LGBT “têm gerado problemas relacionados à Saúde Mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio”. Por isto o Programa entende que as políticas de saúde mental

devem ser elaboradas considerando a “vulnerabilidade” em que esta população se insere e propõe que a IV Conferência Nacional discuta:

- Implementar ações e práticas educativas em promoção da Saúde Mental à população nos serviços do SUS (atenção básica, especializada e hospitalar), com ênfase em temas como orientação sexual e identidade de gênero;
- Assegurar a qualificação de profissionais que atuam na atenção básica, especializada e hospitalar à Saúde Mental na temática relacionada a esse segmento em todas as fases da vida com o objetivo de prevenir os agravos decorrentes dos efeitos da discriminação e reduzir os danos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas;
- Garantir a inclusão da temática LGBT na implantação das políticas de humanização do SUS;
- Assegurar que em todas as atividades relacionadas à implementação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário a temática do segmento LGBT em situação carcerária seja abordada;
- Promover estudos e pesquisas em Saúde Mental para a produção de indicadores e intervenções específicos aos usuários de álcool e drogas na população LGBT;
- Realizar, no âmbito do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, discussão sobre o bullying homofóbico (práticas de discriminação) nas escolas e os sofrimentos psíquicos e sociais decorrentes desta prática, inclusive o abandono escolar. (BRASIL, Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, 2010, p. 15).

Vemos que em diversas instâncias do governo a temática está sendo tratada. Existe um reconhecimento em âmbitos internacionais e nacionais da necessidade de políticas públicas e da necessidade de implementação de mudanças tendentes a um tratamento equitativo, equânime e igualitário que respeite os direitos de todos. Verificaremos a seguir uma outra área de discursos que reforçam e dão subsídios a estas ideias.

Antes, é necessário salientar a crítica feita por Luciene Galvão Viana e Ramon Luis de Santana Alcântara (2011) que apontam a Política Nacional de Saúde Integral LGBT como uma tecnologia de biopoder do Estado que, por intermédio dela, age politicamente dando retorno às demandas LGBT mas, ao mesmo tempo delimita os modos de ser desta população. Vejamos o que dizem os referidos autores:

No entanto, consideramos que a Política Nacional de Saúde Integral LGBT é uma tecnologia de biopoder do Estado. É um mecanismo que, por meio de técnicas individualizantes, produz verdades sobre a identidade de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Nesse sentido, na medida em que o Estado atende às demandas dos movimentos sociais, juntamente com este, delimita modos de ser LGBT. Percebemos aí a formação de uma governamentalidade não somente sobre a saúde de LGBT, mas sobre a subjetivação desses indivíduos. (VIANA; ALCÂNTARA, 2011, p. 6-7).

Por fim, não se pode deixar de constatar que o governo federal, respondendo à demanda da militância LGBT, tem tido iniciativa ímpar na formulação de propostas norteadoras de políticas públicas. Porém, as ações que deveriam derivar destas são ainda muito incipientes. Assim, o governo está presente em Programas, como o Brasil sem Homofobia de 2004, em políticas, como a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, em planos como o Plano Nacional de Direitos Humanos LGBT e, ainda, em decretos, resoluções e portarias esparsos. Algo está sendo feito, mas, na prática, é lamentável ver que estas ações bem intencionadas não chegam “à ponta”.

3.3 “Textos oficiais” sobre sexualidades da ciência e de “entidades” científicas internacionais e nacionais

Em 15 de dezembro de 1973, a Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association, APA*) eliminou a homossexualidade da lista de doenças mentais. Em 17 de maio de 1990, a Organização Mundial da Saúde - OMS aprovou em assembleia a

retirada do código 302.0 (Homossexualidade) da Classificação Internacional de Doenças (CID).

No entanto, Toneli (2008) assinala que:

No *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1995), as anomalias referentes à sexualidade mantêm-se presentes, a despeito da retirada do termo “homossexualismo” em 1971. Pode-se considerar como um eufemismo o termo classificatório agora utilizado: Transtorno de identidade de gênero. Observa-se, aqui, a heteronormatividade (BUTLER, 2003) adotada como padrão, embora haja uma tentativa de separação entre o transtorno como é definido (incluindo o desconforto e a insatisfação com o próprio sexo) e a orientação sexual. Trechos do documento, especificamente no que diz respeito aos indícios dos transtornos, agrupados por fases do desenvolvimento, atestam a presença das normatividades reguladoras fundadas na lógica binária do sexo. (TONELI, 2008, p.65)

Nesta direção, a Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - ABGLT afirma que:

Apesar deste reconhecimento da homossexualidade como mais uma manifestação da diversidade sexual, as lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) ainda sofrem cotidianamente as consequências da homofobia, que pode ser definida como o medo, a aversão ou o ódio irracional aos homossexuais: pessoas que têm atração afetiva e sexual para pessoas do mesmo sexo¹³.

Neste sentido, Vianna e Carrara (2008) afirmam que:

Desde inicios del siglo XIX, frente a la ausencia en Brasil de una sanción penal explícita contra la homosexualidad, las críticas a los discursos médico/sicológicos y a los procesos orientados a patologías, se volvieron de suma importancia. Uno de los mayores logros del movimiento a este respecto, fue su éxito, en 1985, al lograr que se eliminara a la homosexualidad de la lista de

¹³ Associação Brasileira de Gays Lésbicas e Travestis. Disponível em: <<http://www.abgl.org.br/port/homofobia.php>>. Acesso em: 05 abr. 2011.

enfermedades reconocidas por la Asociación Médica Brasileña (lo cual ni siquiera la Organización Mundial de la Salud hizo, sino hasta 1993). (VIANNA; CARRARA, 2008, p. 53).

Segundo Toneli (2008):

Essa classificação, elaborada pela *Associação Americana de Psiquiatria*, norteia os profissionais da área da Saúde, incluindo os psicólogos que ainda hoje, nos cursos de graduação em Psicologia, vez por outra, a despeito da resolução do CFP, apresentam aos seus alunos a inclusão da homossexualidade entre as anomalias psicosssexuais. (TONELI, 2008, p. 66).

Temos a partir desta pontuação da autora a clara evidência de contradição entre o Código de Ética e a formação dos psicólogos/as.

3.3.1. Os textos oficial da psicologia no Brasil

Dentro do discurso oficial de nossa profissão, gostaria de destacar três elementos que considero fundamentais: o Código de Ética do Psicólogo de 2005, a Resolução 001/99 e a resposta que foi enviada ao Ministério Público do Rio de Janeiro por ocasião do questionamento à validade e à constitucionalidade da Resolução 001/99 do Conselho Federal de Psicologia.

3.3.1.1 Código de Ética do Psicólogo

Na última edição do Código de Ética do Psicólogo (este é o terceiro da profissão no Brasil), que data do ano 2005¹⁴, busca-se estabelecer “normas éticas que garantam a adequada relação de cada profissional com seus pares e com a sociedade como um todo”.

¹⁴ Código de ética do Psicólogo. Disponível em:

<http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/codigo_etica.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2011.

Enfatiza-se que os princípios e normas devem ser pautados fundamentalmente pelo “respeito ao sujeito humano e seus direitos fundamentais. Por constituir a expressão de valores universais, tais como os constantes na Declaração Universal dos Direitos Humanos”. Reflete também a “promulgação da denominada Constituição Cidadã, em 1988, e das legislações dela decorrentes”.

Princípios Fundamentais:

I. O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

III. O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural.

IV. O psicólogo atuará com responsabilidade, por meio do contínuo aprimoramento profissional, contribuindo para o desenvolvimento da Psicologia como campo científico de conhecimento e de prática.

V. O psicólogo contribuirá para promover a universalização do acesso da população às informações, ao conhecimento da ciência psicológica, aos serviços e aos padrões éticos da profissão.

VI. O psicólogo zelará para que o exercício profissional seja efetuado com dignidade, rejeitando situações em que a Psicologia esteja sendo aviltada.

VII. O psicólogo considerará as relações de poder nos contextos em que atua e os impactos dessas relações sobre as suas atividades profissionais, posicionando-se de forma crítica e em consonância com os demais princípios deste Código. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005).

3.3.1.2 A Resolução 001/9915

A Resolução elaborada pelo CFP nº 001/99, de 22 de março de 1999, tem como objetivo estabelecer as normas de atuação que os psicólogos devem seguir em relação à orientação sexual.

Nesta Resolução, o CFP pronuncia-se e estabelece considerações sobre a prática profissional em qualquer das áreas de atuação e, considerando a frequente interpelação aos profissionais psicólogos no que tange a questões relativas à sexualidade, posiciona-se levando em consideração que: “a forma como cada um vive sua sexualidade faz parte da identidade do sujeito, a qual deve ser compreendida na sua totalidade”. Orienta, ainda, que “a homossexualidade não constitui doença, nem distúrbio e nem perversão” e “que há, na sociedade, uma inquietação em torno de práticas sexuais desviantes da norma estabelecida sócio-culturalmente”.

Visa, ainda, o objetivo da psicologia que deve ser “contribuir com seu conhecimento para o esclarecimento sobre as questões da sexualidade, permitindo a superação de preconceitos e discriminações” e atenta quanto à necessidade fundamental de atuar dentro da ética da profissão não discriminando e promovendo o “bem-estar das pessoas e da humanidade”.

Destaco a seguir alguns de seus artigos:

Art. 2º - Os psicólogos deverão contribuir, com seu conhecimento, para uma reflexão sobre o preconceito e o desaparecimento de discriminações e estigmatizações contra aqueles que apresentam comportamentos ou práticas homoeróticas.

Art. 3º - Os psicólogos não exercerão qualquer ação que favoreça a patologização de comportamentos ou práticas homoeróticas, nem adotarão ação coercitiva tendente a orientar homossexuais para tratamentos não solicitados.

Parágrafo único - Os psicólogos não colaborarão com eventos e serviços que

¹⁵ Conselho Federal de Psicologia Resolução 001/99. Disponível em: <http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/resolucao1999_1.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2011.

proponham tratamento e cura das homossexualidades.

Art. 4º - Os psicólogos não se pronunciarão, nem participarão de pronunciamentos públicos, nos meios de comunicação de massa, de modo a reforçar os preconceitos sociais existentes em relação aos homossexuais como portadores de qualquer desordem psíquica. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, Resolução 001/99). (grifos meus).

Vianna e Carrara (2008) destacam que a Resolução 001/99 do CFP tem sofrido objeções e ataques de alguns grupos de religiões evangélicas os quais argumentam que “... la Homosexualidad no es una característica innata y que aquellos que ‘sufren’ debido a su orientación sexual tienen el ‘derecho a que se les cuide’, estos grupos se han organizado con el objetivo de que la resolución sea anulada”. (VIANNA; CARRARA, 2008, p. 53).

Estes autores também assinalam que algumas pessoas do movimento LGBT têm adotado, em contrapartida, uma concepção tendente ao inatismo, ou seja, a justificar a homossexualidade por uma suposta “natureza” essencializada com o intuito de afirmar que não pode ser curada. Também destacam uma área na qual o “discurso médico/psicológico tradicional” permanece dominante: as operações de mudança de sexo e a mudança de identidade legal.

Assim, Vianna e Carrara (2008) afirmam que os direitos sexuais têm avançado consideravelmente nas três últimas décadas, porém existem fortes resistências aos direitos LGBT por parte de grupos conservadores. Destacam riscos existentes entre o estreitamento de laços entre a sociedade civil e o Estado que poderiam diminuir a força e o “potencial crítico” dos movimentos.

3.3.1.3 Texto de resposta do CFP ao MP/RJ¹⁶

Por ocasião dos questionamentos do MP/RJ, em 2010, sobre a Resolução 001/99, o CFP elaborou respostas nas quais referenda e

¹⁶ Resposta do CFP ao MPF RJ Disponível em: <<http://www.crp03.org.br/img/Resposta%20MPRJ.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2011.

ratifica os tratados de Direitos Humanos (já citados) e a posição do Estado Brasileiro como signatário destes, assim como a posição do próprio CFP e, por conseguinte, dos Conselhos Regionais de Psicologia – CRPs, destacando que:

O exercício da sexualidade, livre de censura, discriminações, coerções e violências é um direito de todos os cidadãos em um verdadeiro Estado Democrático de Direito, onde políticas públicas e religião não se misturam. Infelizmente esse direito não tem sido respeitado em nossa sociedade, ainda machista, patriarcal e intolerante à diversidade, especialmente a sexual, que estigmatiza as minorias sexuais, com discursos preconceituosos e desqualificadores, disfarçados sob a forma de ironias e piadas de baixo calão, tal quando se referem a tais indivíduos como a tentativa de se instaurar a “ditadura gay”. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010, p. 17).

Reforça também a necessidade de uma lei que refreie a homofobia e marca o lugar dos psicólogos nesta conjuntura como se vê a seguir:

O grande mérito de uma lei anti-homofóbica é desestimular tais comportamentos. Nesse contexto, cabe aos psicólogos nortear sua atuação segundo os princípios da dignidade da pessoa humana, igualdade e liberdade, sem permitir que suas interpretações profissionais sejam contaminadas por convicções religiosas radicais, sob pena de voltarmos ao Estado Absolutista, onde Estado e Igreja se confundiam. Não devemos nos esquecer que vivemos em um Estado Democrático de Direito, em que o princípio da dignidade do ser humano é o princípio dos princípios, que norteia toda a hermenêutica constitucional dos direitos fundamentais. (id.).

Algumas psicologias têm produzido e sustentado vários discursos. Historicamente, a tradição hegemônica da teoria e da prática psicológica sustentou práticas clínicas que têm patologizado e despatologizado, criado doenças e prometido cura.

Para Butler (2002b, p. 01) “Los actos performativos son modalidades de discurso autoritário: la mayoría de ellos, por ejemplo son afirmaciones que, al enunciarse, también encarnan una acción y ejercen un poder vinculante.” O que haveria de performativo numa sessão psicoterapêutica? Numa sessão de grupo numa UBSS? Na relação entre pessoas, na abjeção, na perseguição?

E se “El poder que tiene el discurso para realizar aquello que nombra está relacionado con la performatividad y, en consecuencia, la convierte en un ámbito en donde el poder actúa *como* discurso” (ib., p.02), podemos nos arriscar a pensar que algum fazer do psicólogo poderia ser compreendido como ato performativo? E, por conseguinte, constituinte e gerador de efeitos de subjetivação?

Uma das perguntas formuladas aos entrevistados dizia respeito ao conhecimento do teor da Resolução 001/99 do CFP. A seguir, alguns trechos referentes a esta indagação:

Pesquisadora: Conheces, sabes se tem alguma resolução do CFP sobre a temática, sobre homossexualidade?

Entrevistado/a: Então, na verdade eu acompanho um pouco no *site*, mas nada que eu tenha lido com profundidade, assim... então não sei te dizer.

Pesquisadora: Sobre o atendimento...

Entrevistado/a: Isso, não. Não conheço...

Pesquisadora: E a resolução 001/99 do CFP?

Entrevistado/a: Também não. Pelo número não. Qual é?

Pesquisadora: É, na verdade, é aquela que trabalha aquelas questões a respeito da homossexualidade, que o psicólogo não pode prometer cura à homossexualidade, o que acha?

Entrevistado/a: Não faz sentido também, né?

Noutra entrevista:

Pesquisadora: O que pensa então dessa resolução? Você não conhece, mas ela diz que o psicólogo não pode oferecer a cura da homossexualidade.

Entrevistado/a: Bem, em termos de normativa, acho legal para evitar que algum desprovido de cérebro... (*risos*)... é... proceda dessa forma, né? ...mas, pessoalmente, para mim é desnecessária... pra mim homossexualidade ou heterossexualidade, sexualidade... enfim... isso é uma coisa interessante, que na minha perspectiva pessoal, meio pessoal, de

eu estudar psicanálise eu tenho a impressão de que nas futuras gerações essa divisão, ou seja, homossexual, heterossexual, ou o que seja, ela vai se perder, não faz sentido. Eu, particularmente, não gosto de definir o ser humano enquanto homossexual ou heterossexual. Eu acho que pode ser definido dessa forma, é o contato sexual que ele está tendo naquele momento. Se o contato entre pessoas da mesma estrutura sexual é... homem com homem e mulher com mulher, aí temos uma relação sexual homossexual naquele momento, né? Mas, definir a pessoa enquanto homo ou hetero, eu acho que isso vai ser algo que logo, logo se perde. Eu acho que somos sexualizados. Ponto. O corpo é amplo para oferecer prazer e agora quem vai estimular esse corpo já não sei. Atualmente, o meu quem estimula é minha mulher. E ponto. E é com ela que eu obtenho satisfação sexual, né? Enfim... é... logo, logo eu acho que... nesse momento eu vivo uma relação heterossexual, né? é... ... mas sou sexualizado. Ponto final. Eu acho que isso que é mais interessante. Os seres humanos somos sexualizados, nascem com a possibilidade de obter prazer a partir da estimulação do seu corpo. Agora, quem vai estimular, aí é uma outra questão. (destaques meus).

Noutra entrevista

Pesquisadora: Do conselho, do Conselho Federal, que tenha alguma resolução que fale sobre essas questões da homossexualidade, da cura da homossexualidade...

Entrevistado/a: Ah, eu acho que desde que eu... isso aí não é doença, né? Isso aí não. Não tem razão de... foi-se a época disso, né? E querendo ou não, bom, a gente tem... teve o outro que disse que todo mundo é bissexual e que depois você vai fazendo, quer dizer, é o que já era, é o que, tipo assim, mil novecentos sessenta... foi um livro que foi feito. Na verdade, eu não me lembro o autor e ele comentava, ele fez uma experiência... foi? Que também foi um assunto bem sério com relação à sexualidade, que eu considero ruim. Inclusive Master e Johnson fizeram um trabalho específico com homossexuais que tem os mesmos problemas sexuais, assim, como qualquer casal. Disfunção disto ou daquilo. Mas este fez o comportamento sexual humano. Eu acho que era essa... esse era o livro em que ele fez uma pesquisa, norteamericana, em que ele considerou que a maioria das pessoas acham normal ter um... um comportamento

heterossexual. E ele disse que esse não é o normal que, na realidade, é... o normal é a tal da bissexualidade, em que se tem uma de acordo. Na época, ele disse que muito poucos são homossexuais e muito pouco são heterossexuais puros e que, na realidade, se tiverem experiência entre um e outro eles vão preferir os dois (*risos*). É bem polêmica, não me lembro qual é o autor. Mas, de qualquer maneira, tem se modificado, tá? E... toda complica... muito, né? E o que a gente tenta fazer com as crianças, né? Que entrem em contato com o próprio corpo, com o que se alimentam, né? A questão do corpo está aí, né? Não é uma coisa à parte. Tem muito da igreja, cultura religiosa, né? Então... acho que as coisas modificaram um pouco. Só a questão da responsabilidade consigo mesmo que acho que a gente deixa a desejar...

Noutra entrevista:

Pesquisadora: Então você conhece alguma resolução do CFP a esse respeito?

Entrevistado/a: Sim, né? É... a questão do... do... do total é... é... romper com qualquer tipo de preconceito, dogmatismo, diferenciação que discrimine, né? Né? Qualquer sujeito em função de sua orientação sexual.

Nas entrevistas anteriores percebe-se que apesar dos/as entrevistados não conhecerem o texto da resolução, tem uma postura de acordo e de respeito a ela.

Em outra entrevista:

Pesquisadora: Eeh então conheces a resolução 0001/99 do CFP?

Entrevistado/a: Hum, da... do homossexualismo, né?

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado/a: Sim, nesta semana ainda estava... ainda toquei num grupo de apoio sobre isso, ainda... Isso, né? Que eles trouxeram a questão, e.... Tem um usuário, que ele tem um sobrinho na família que é... que é... que ele é adolescente e que meio que se revelou que ele é homossexual e agora meio que está mostrando para a família que ele é homossexual. E a família super preconceituosa e tal e tal e tal. Então... que aí o que é... o... é.... o tio dele que está no grupo, e ele trazendo que isso é uma doença, que ele até falou para o menino vir aqui, para ele vir no

grupo, para eu ajudá-lo e não sei o que, não sei o que. Daí eu fiz toda uma explicação e, daí, meio que fiz uma rodada para ver o que as outras pessoas achavam. Então, às vezes, é dessa forma que, né? Que aparece, assim, alguma questão né? E... daí eu fiz uma rodada para ver o que as outras pessoas achavam, quem sabe, aí. Aí, a maioria é muito preconceituosa, também, achando que é uma doença, que é uma patologia, que é um desvio de conduta e tal. E aí eu fiz uma explicação em relação a... a... ao papel do psicólogo, né? Na, né? Nessa questão, né? E que a gente hoje é proibido, inclusive, de... de tratar um ser humano querendo é... modificar a orientação sexual dele, de que tem que deixar de ser homossexual, bissexual ou qualquer outro tipo de orientação, né? De identificação... E aí as pessoas ficaram, me questionaram um pouco sobre e tal, sobre isso, né? E tal. Foi bem, bem, bem, positivo, né? A discussão, né? E até, né? Para incentivar, às vezes, as pessoas não falam sobre isso porque acham que vão ser consideradas como anormais, como, né? E se mais alguém tiver alguma questão para estar colocando e não consegue colocar no grupo, pode me procurar em outro lugar. Ou se tiver alguma pessoa da família, ou um amigo, ou uma coisa... Se está passando por essa situação, coisa e tal, né? Então as pessoas têm muito preconceito, assim. E acho que essa resolução vem para trabalhar o preconceito do profissional, né? Em relação a isso, assim. (destaques meus).

É interessante destacar o trabalho realizado por este/a profissional de forma a esclarecer aos usuários o sentido desta “proibição”, cumprindo, desta forma, com um papel de disseminador/a do respeito e acolhimento da diversidade.

Na mesma entrevista:

Pesquisadora: E como é que tu sentes isso enquanto a nós profissionais psicólogos e enquanto a outros profissionais da saúde também, como é que tu percebe?

Entrevistado/a: Eu acho que hoje já houve uma mudança bem significativa, assim, né? e... eu pelo menos não tenho contato com nenhum colega assim, que ainda considera, né? Isso como uma patologia ou que trabalha no sentido de... de... é... enfim, trabalha com a... com essas questões de uma forma patologizante, assim, né? Mas eu escuto colegas falarem coisas meio desastrosas, assim. Já tive relatos de usuários que foram em profissionais e

que o profissional trabalhou no sentido de curar ou... né? Como se fosse um desvio mesmo de comportamento, né? Que patologizou o... a... e..., né? A orientação sexual. E daí eu falei muda, né? De, né? Nunca mais. Quando um profissional trabalhar desse jeito, vai no Conselho Federal e denuncia que isso não pode e tal...(destaques meus).

Percebe-se o conhecimento do sentido da Resolução e o conhecimento de seu dever ético para com a profissão.

Em outra entrevista:

Pesquisadora: Então conheces a Resolução 001/99 do CFP?

Entrevistado/a: Que é o do... pelo número não sei... mas aquela da discriminação... acho que eu li em algum momento...

Pesquisadora: E o que pensas sobre essa resolução?

Entrevistado/a: Eu não me lembro o texto dela na íntegra, né? Mas eu acho que é um uma... uma resolução que... que vai falar da... da discriminação em relação ao... aos homossexuais, né? Então, eu não saberia te dizer exatamente o que é que eu penso, porque eu não me lembro do texto dela na íntegra, tá? Mas, em relação à ideia central... eu sou é... favorável, né? Só acho lamentável que seja necessário fazer uma resolução para falar disso... entende? (destaques meus).

Em outra entrevista se destaca a falta de informação sobre a Resolução durante a formação:

Pesquisadora: Aham. Conheces alguma... alguma posição, alguma resolução do CFP do Conselho Federal sobre esta temática?

Entrevistado/a: Não tenho me atualizado nessa questão, não. Acho que... não sei se tem, eu não tenho tido... não tenho ido buscar, pelo menos nunca busquei essa informação, talvez pela falta de demanda, nunca tive... (destaque meu).

Pesquisadora: E quando tu estudavas como foi passado?

Entrevistado/a: Não foi... Na minha formação não teve. (destaque meu).

Embora a Resolução tenha já completado 12 anos de existência, muitos/as psicólogos/as desconhecem sua existência. Também mencionaram não ter tido essa informação durante sua graduação.

3.3.2 Protocolo de Saúde Mental do Município de Florianópolis

Alguns/mas profissionais entrevistados/as mencionaram a existência de um Protocolo de Saúde Mental do Município de Florianópolis,¹⁷ o qual serviria como orientador de suas práticas. Do texto de referido Protocolo extrai-se que:

O Protocolo de Atenção em Saúde Mental é um guia para conhecimento e utilização da rede de Saúde Mental de Florianópolis e de seus recursos terapêuticos. Nasce da necessidade de se estabelecer políticas de assistência que possam garantir acesso mais equitativo aos recursos existentes, ampliando o alcance das ações de saúde dirigidas à parcela da população portadora de sofrimento psíquico no município. Visa então: identificar necessidades, demandas e serviços; definir ações de prevenção, assistência e reabilitação em saúde mental; definir competências dos serviços e organizar a rede de atendimentos. (FLORIANÓPOLIS, 2010, p. 07).

De início, faz-se importante destacar que em nenhuma das 246 páginas deste material de referência fundamental para o trabalho em saúde mental do Município, confeccionado em 2010, consta as siglas LGBTTT ou LGBT, nem as palavras lésbica, homossexual, gay, homossexualidade, travesti, transexual, transgênero, orientação sexual ou identidade de gênero. Convém ressaltar, também, que as palavras sexo e gênero são utilizadas indistintamente para se referir a sexo biológico (feminino ou masculino) em diversos pontos do documento. O item 2.3.1 do documento em pauta, intitulado Proteção Social Básica, de outro lado, assim dispõe:

A proteção social básica tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento e aquisição de potencialidades, e

¹⁷ Protocolo de Atenção em Saúde Mental Município de Florianópolis. / Secretaria Municipal de Saúde. 1ª Edição, Tubarão. Disponível em: <http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2012.

do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e/ou fragilização de vínculos afetivos, relacionais e de pertencimento social (**discriminações** etárias, étnicas, **de gênero** ou por deficiências, **dentre outras**). (FLORIANÓPOLIS, 2010, p.23). (grifos meus).

O aparecimento das discriminações de gênero entre parênteses, junto com outras e “dentre outras”, diz respeito, unicamente, às questões ligadas ao sexo biológico (homem e mulher). Não há nada sobre os riscos que afetam a população LGBT. Não há nada acerca da(s) sexualidade(s). O documento ora analisado omite a existência de todos os outros anteriormente mencionados (planos, políticas, programas), e, com isso, perde a oportunidade de estar em compasso com seu tempo, no qual se reconhece a necessidade de ampliar o olhar para a população LGBT em situação de discriminação.

Dessa forma, tem-se que a cartilha principal que rege o fazer dos trabalhadores em saúde mental do Município, ao ignorar a existência da população LGBT, vira as costas para a possibilidade de sofrimento psíquico específico, decorrente dos preconceitos e da discriminação que muitas vezes vivencia, como referido em tantos outros documentos que lhe são antecedentes.

Em momento algum, em página alguma, em nota de rodapé alguma, é considerada a preparação dos profissionais em saúde mental para a aproximação e o acolhimento (palavras de uso constante em todas as cartilhas de SUS) da população LGBT ou para o olhar mais atento à possibilidade de sofrimento psíquico desta população. Pode-se pensar numa justificativa, num *álibi* para esta falta, que seria o de evitar a patologização desta população. Ocorre que, pelo que se pode constatar da leitura das disposições concernentes à assistência social (p. 22 a 25), há a referência expressa à “vulnerabilidade e risco social”, sem que isso, contudo, também diga respeito à população LGBT. Ou seja, a ausência da previsão de alcance da população LGBT no Protocolo de Saúde Mental do Município de Florianópolis não parece dever-se à boa intenção de não patologizar esta população que, simplesmente, teve a sua existência esquecida.

4 SOBRE A PERCEPÇÃO DE PRECONCEITOS

No combate ao preconceito (na ciência ou fora dela) e à violência que ele implica, nenhum cientista pode reivindicar objetividade e neutralidade científicas.

Alípio de Sousa Filho (2009)

Vários dos entrevistados/as falaram sobre o preconceito em relação a pessoas com sexualidades diversas da heterossexual, manifestado por outros profissionais que também atuam nas UBSs. Esta menção importa na medida em que apresenta um posicionamento a respeito do preconceito e da violência homofóbica¹⁸.

A homofobia não é um fenômeno simples, muito embora esteja presente em piadas e comentários vulgares, olhares recriminatórios, podendo alcançar atos de violência verbal, física e até mesmo a morte. E, mesmo quando é sutil, pode ser certa. A violência invisível é aquela que praticamente não aparece, que é difícil de ser percebida. Por exemplo, a mera suposição de que uma pessoa é *a priori* heterossexual é violenta. Neste sentido, Daniel Borillo (2010), destaca que:

Ela se exprime, na vida cotidiana, por injúrias e por insultos, mas aparece também nos textos de professores e especialistas ou no decorrer de debates públicos. A homofobia é algo familiar e, ainda, consensual, sendo percebida como um fenômeno banal: quantos pais ficam inquietos ao descobrir a homofobia de um filho(a) adolescente, ao passo que simultaneamente, a homossexualidade de um(a) filho(a) continua sendo fonte de sofrimento para as famílias, levando-as quase sempre, a consultar um psicanalista? (BORILLO, 2010, p.17).

¹⁸ Neste trabalho utiliza-se o termo homofobia de forma genérica, incluindo todas as variantes: lesbofobia, travestifobia, transfobia, bifobia etc. De outro lado é um termo que questiono, junto com Junqueira (2007), quando assinala que ninguém que manifesta violência a alguém que se relaciona com uma pessoa do mesmo sexo tem medo, fobia, enquanto patologia fóbica. Porém, este é o termo que se utiliza em textos oficiais, e o termo que se usa na militância e, portanto, possui força inclusive política.

A homossexualidade deixou de ser considerada distúrbio ou perversão, no Brasil, a partir de 1985, pelo Conselho Federal de Medicina e, a partir de 1999, pelo Conselho Federal de Psicologia. Nesta linha Rogério Diniz Junqueira (2007) assinala que:

Diante das “verdades” da medicina e da clínica, é preciso não esquecer que todas as formas de conhecimento, pensamento ou prática social são construções interpenetradas de concepções de mundo, ideologias, relações de força, interesses e que, assim como qualquer forma de conhecimento, seus enunciados e enunciações são produzidos em meio a tensões sociais, históricas, culturais, políticas, jurídicas, econômicas etc. Além disso, não é preciso negligenciar que, quer sejam da área médica, clínica ou de outra, pesquisas relacionadas às esferas da sexualidade podem ser (e comumente são) fortemente afetadas pelos padrões morais e religiosos de cada época, sociedade ou grupo hegemônico. Percebê-lo certamente nos ajuda a compreender a obsessiva preocupação demonstrada por parte de cientistas das áreas biológicas, médicas ou clínicas em localizar as “causas naturais” (genéticas, hormonais, orgânicas, ambientais etc.) do desejo homossexual. (JUNQUEIRA, 2007, p. 05).

O racismo e a homofobia frequentemente convergem e se reforçam entre si, porém não geram as mesmas consequências enquanto práticas e formas de aparição. Por exemplo, se o racismo é dissimulado, muitas vezes o preconceito contra a população LGBT é visível e ostensivo. Por outro lado, ainda que pesem os custos psicológicos e simbólicos nestas duas formas de opressão, as pessoas discriminadas por raça ou etnia podem casar, obter benefícios previdenciários para seus parceiros, adotar crianças, manter a guarda das mesmas etc.¹⁹ (JUNQUEIRA, 2007). Também posso ressaltar como importante diferença entre as duas práticas discriminatórias que o racismo pode não ser manifestado em casa, ao passo que as pessoas com outras sexualidades que não a heterossexual, na maioria das vezes, são discriminadas, igualmente, dentro de seu núcleo familiar.

¹⁹ É certo que, atualmente, tem havido avanços quanto a questões legais, porém não são ainda direitos que se adquirem sem luta.

Borillo (2010) também reforça a ideia de que:

Atualmente é inimaginável proferir, sem risco, afirmações injuriosas contra outras minorias – tal como ocorre em relação aos homossexuais –, entre outros motivos, porque tal atitude é punida por lei. Essa ausência de proteção jurídica contra o ódio homofóbico posiciona os gays em uma situação particularmente vulnerável, tanto mais grave quanto a homossexualidade usufrui do triste privilégio de ter sido combatida, durante os últimos dois séculos, simultaneamente, enquanto pecado, crime e doença: mesmo escapando à Igreja, ela acabava caindo sob o jugo da lei laica ou sob a influência da clínica médica. (BORILLO, 2010, p. 41).

Em consequência, o combate à homofobia exige o trabalho pedagógico de denunciar o aparelho fortalecedor de preconceitos e transmissor de valores preconceituosos. Em primeiro lugar, é necessário atentar para as famílias para que possam entender que filhos/as gays ou lésbicas não são o problema, mas sim que o motivo de preocupação deveria residir nas possíveis rejeições e/ou situações de violência a que eles/as estariam sujeitos/as em razão de sua orientação sexual. (BORILLO, 2010).

A violência homofóbica nem sempre é facilmente identificável. São pequenas violências que conformam estratégias de exclusão. Às vezes, parece invisível. No entanto, como bem assinala Borillo (2010), está “Presente nos insultos, nas piadas, nas representações caricaturais, assim como na linguagem corrente, a homofobia descreve os gays e as lésbicas como criaturas grotescas, objetos de escárnio”. (p. 24-25).

Parece-me fundamental que alguns/as dos/as entrevistados/as hajam percebido preconceitos nas UBSs, manifestados por colegas ou usuários, uma vez que isto poderia abrir caminho para as capacitações e treinamentos que são necessários e inclusive previstos em vários documentos oficiais. Demonstra, também, como estes profissionais se questionam e pensam sobre o assunto. Alguns/as deles, por exemplo, têm se posicionado e tomado a iniciativa de orientar seus colegas quanto a estes aspectos, como pode ser verificado na fala a seguir:

Pesquisadora: Certo, então dentro da unidade você acha que o pessoal já está lidando com questões, digamos, LGBT, por chamar de alguma maneira?

Entrevistado/a: Não, não acho. Aqui, não. Não, de modo geral, eu acho que ainda existe um preconceito bastante forte em relação às diferentes vivências sexuais, né? Sejam elas GLBTT, ou que for, né? Ainda percebo piadinhas, percebo olhares e... que são interior de preconceito e tal, né? Quando vem e... ah, comentários: “ah, fulano é homossexual”, “fulana é homossexual”. Comentários até pejorativos em alguns momentos, das pessoas e... que compõem a... as equipes, né? Falo, mas, falando por mim, especificamente, para mim é bem tranquilo, né? (destaque meu).

Como se vê, o/a entrevistado/a destaca a existência de preconceitos nas UBSs nas quais ele trabalha, por parte dos demais profissionais e frisa que ele/ela, no entanto, não possui preconceitos. O fato de alguém mencionar a ausência de atitudes preconceituosas, contudo, não implica necessariamente na inexistência destas. Esta expressão, muitas vezes, constitui-se numa forma de se defender ou de se colocar em uma atitude politicamente correta, já que não é dizendo que não se tem, que não se tem.

Reafirmando esta ideia Roger Raupp Rios (2009) destaca que:

Independentemente da intenção, a discriminação é um fenômeno que lesiona direitos humanos de modo objetivo. Seu enfrentamento exige, além da censura às suas manifestações intencionais, o cuidado diante de sua reprodução involuntária. Mesmo onde e quando não há vontade de discriminar, distinções, exclusões, restrições e preferências injustas nascem, crescem e se reproduzem, insuflando força e vigor em estruturas sociais perpetuadoras de realidades discriminatórias. (RIOS, 2009, p. 76).

Neste caso concreto, todavia, percebe-se que o/a entrevistado/a procura se posicionar de forma a ver o outro em sua diversidade, como se observa na fala que segue:

Entrevistado/a: É, como eu disse, eu acredito que o comportamento sexual é mais um componente daquilo que nos define, né? Meu trabalho me define, e... minha capacidade

cognitiva me define, minha origem me define... e... uma série de outras coisas me define. E a sexualidade faz parte de tudo isso, mas não é significativo para que... que eu me comporte X ou Y a respeito das pessoas, né? Então, se um gay, uma lésbica, um travesti, o que seja, venha falar comigo, são pessoas como qualquer outra pessoa, como eu sou uma pessoa e, nesse sentido, tem seu sofrimento, tem suas alegrias, tem suas capacidades a serem desenvolvidas e..., suas limitações a serem superadas. E eu trabalho em cima disso, né? Em termos de comportamento sexual, se o que satisfaz é uma relação homossexual: lindo! Que vivencie isso plenamente. Se é uma relação heterossexual: lindo, também. Que vivencie isso... intensamente. Se for uma relação bissexual: beleza! Vamos lá, né? Vamos. E vamos ser felizes. Acho que é essa a ideia. Mas, de modo geral, nos outros membros da equipe eu ainda vejo que existe aquele velho... o estigma, né? E que: “tadinho né? Foi criado pela avó, por isso é gay”, coisas desse tipo, ou: “oh, ah, que pena para essa mãe, ter uma filha que gosta de mulheres” e tal, né? Isso é complicado, né? (destaques meus).

Interessante a fala do/a entrevistado/a que entende que o ser humano é muito mais que sua sexualidade e, neste ponto, coincide com Borillo (2010), quando este autor argumenta que: “A sexualidade de um indivíduo parece ser um elemento demasiado pouco significativo para defini-lo”. (p. 120). O/a entrevistado/a, na fala precedente, também menciona a busca da gênese da homossexualidade e a manifestação de pena ou lástima pela orientação de uma pessoa a qual alguém da UBS se refere. Neste apontamento pode ser verificada a compreensão de ideias sobre as manifestações preconceituosas.

A entrevista continua apontando que o treinamento ou capacitação que a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2010) e o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT (2009) indicam que deveria acontecer, ainda não foi realizado. Porém, o/a próprio/a entrevistado/a parece se dispor espontaneamente a trabalhar essas questões cada vez que aparecem, como iniciativa de promoção dos fundamentos do SUS e de forma independente de planos e políticas sobre a população LGBT, como assinala na fala a seguir:

Pesquisadora: E vocês têm feito algum tipo de trabalho para conscientizar a equipe, para treinar a equipe ou para pensar sobre?

Entrevistado/a: Não foi feito um trabalho específico, né? Do tipo: “vamos fazer uma abordagem para ampliar a percepção dos membros da equipe em relação a sexualidade”. Isso não existe. Mas como o SUS nas situações de atender um paciente tem comentários desse tipo eu me disponho a orientar, ou a conversar a respeito... do porque daquele comentário, coisas desse tipo, né? Inserido numa conversa, diluído em nosso dia a dia... e, assuntos que ampliem a percepção sobre aquele ser humano, que é um ser humano. (destaques meus).

Como se verifica, o treinamento ou capacitação, por enquanto, não tem acontecido, mas este/a profissional se dispõe a conversar com os colegas como forma de contribuir para o respeito de uma das premissas do SUS, que é a universalidade.

A entrevista continua, conforme o trecho a seguir:

Pesquisadora: Então, é... e como você vê o atendimento em geral a esta população, o que você acha como que... que... é que esta a quantas anda?

Entrevistado/a: Eu não vejo nenhum trabalho específico nas unidades em que eu presto apoio. Não vejo nenhum trabalho em relação à sexualidade especificamente. É... de que como se houvesse um diferencial na abordagem a.... a essa população em modo geral. Mas como falava anteriormente, quando surge na unidade um paciente homem que denota características afeminadas ou uma paciente mulher que denota características masculinizadas, aquela caricat... caricatura, né? E... Eu percebo que as pessoas os recebem de maneira diferente, né? Há um... há um tempero de preconceito aí, nesse diferente e... comentários de deboche posterior, nada muito explícito, mas... um preconceito velado... né? De alguma forma, isso me incomoda e nesse sentido que eu disse que eu procuro conversar para tentar ampliar a percepção sobre aquele ser humano e... eu gostaria que chegássemos ao ponto que fosse tratado como todo e qualquer paciente a tratar, independente é... de sua vivência sexual. Mas, no momento, não é assim que eu vejo, eu vejo que existe preconceito. (destaques meus).

A respeito destas práticas cotidianas, Rios (2009) esclarece:

De fato, em uma cultura heterossexista, condutas individuais e dinâmicas institucionais, formais e informais, reproduzem o tempo todo, frequentemente de modo não-intencional e desapercibido, o parâmetro da heterossexualidade hegemônica como norma social e cultural. A naturalização da heterossexualidade acaba por distinguir, restringir, excluir ou preferir, com a consequente anulação ou lesão, o reconhecimento, o gozo ou o exercício de direitos humanos e liberdades fundamentais de tantos quantos não se amoldem ao parâmetro heterossexista. (RIOS, 2009, p. 76).

Mais adiante, o/a entrevistado/a relata quais as medidas que, no seu entender, poderiam ser implementadas a fim de provocar a alteração no modo de agir dos envolvidos no trabalho nas UBSs:

Pesquisadora: E o que você acha que poderia ser feito... para essa mudança?(a respeito do preconceito)

Entrevistado/a: Olha, da minha parte, busco conversar... mas, se houvesse um... um trabalho com os profissionais, né? Com os servidores, para ampliar a perspectiva em relação a esse tema, seria legal, mas não só em relação a esse tema, gostaria que houvesse um trabalho de ampliar a perspectiva em relação ao ser humano né? É... que não existe preconceitos só contra a... essas supostas diferenciações sexuais. E digo supostas mesmo, porque quando digo diferenciações é tudo o que difere do que é meu. Porque a pessoa lá do balcão vai receber alguém diferente de si e acaba gerando um certo preconceito. Então, gostaria que todas as formas de apresentação do ser humano fossem trabalhadas. Por exemplo: esta é uma unidade que tem uma casa muito bonita e em termos de estrutura é uma estrutura grande. Mas, se tivermos alguém com dificuldades físicas, vai ter dificuldades de acesso à unidade, né? E... então, eu gostaria que esse ser humano, com dificuldades físicas, pudesse ter um acesso adequado a esta unidade, né? E... com menos frequência, porém, ainda existe um... um... um preconceito velado em relação a negros, né? E isso é uma coisa que eu noto, é feio falar, é feio, mas eu vejo. Então, gostaria que, da mesma forma, negros, japoneses, brancos e o que

seja, fossem tratados como seres humanos... e... eu ainda vejo um certo descaso, um certo descuidado com os pacientes idosos... são seres humanos... né? Que tem a atenção específica da sua idade e precisam ter um atendimento legal, como todos os outros, né? Então, por exemplo, nesta unidade os consultórios ficam no segundo andar, temos uma escadaria... intensa, para um paciente idoso isso é complicado, de subir aquela escada, né? Então, gostaria que esse paciente idoso fosse mais considerado, né? Temos pacientes gays, temos... e são seres humanos também. Então devem ser tratados como seres humanos e ponto final. E não me interessa se é gay ou se não é, né? Tem que ser tratado como ser humano. Então, gostaria que houvesse um trabalho para que ampliasse a percepção dos servidores em relação ao que difere de si, né? Como mais uma forma de viver, nem certa nem errada. Se funciona para aquela pessoa, este lindo! Isso é uma coisa que eu eu... eu trabalho. Busco trabalhar tanto nos pacientes e também busco falar em minhas conversas com meus colegas das equipes, né? O critério de certo errado, ele é muito relativo. Então, eu gosto de trabalhar com o que funciona, o que é funcional. (...) Eu procuro trabalhar dessa forma... mas ainda vejo que existem... não são raras as situações em que alguns colegas vêm o ser humano como... por ser diferente de mim, ser diferente do observador e... são vistos de maneira preconceituosa. Então me incomoda. É.... trabalho de formiguinha. Pouco a pouco eu tento colocar a minha opinião. (destaques meus).

Como mencionado, o/a entrevistado/a tem a intenção de fazer sua parte, aportando seu posicionamento pessoal como contrapartida, muito embora esta seja uma postura pessoal e não uma política institucional que, ainda que em vigor, não está em prática efetiva. Destaca-se nesta fala, também, que o entrevistado pensa em outras discriminações além daquelas relacionadas às sexualidades, como a discriminação às chamadas ‘pessoas com necessidades especiais’, o que constitui um olhar relativamente recente, haja vista que a lei que versa sobre a inclusão destas pessoas data de 1989²⁰ e que ainda é um tema pouco tratado. Ainda que isto seja fundamental, sai do foco e da especificidade da violência homofóbica que, repito, demanda um olhar particular. Pensarmos no princípio de universalidade do SUS, nos remete diretamente a pensarmos na necessidade de equidade por meio da qual,

²⁰ Lei Nº 7.853 - de 24 de Outubro de 1989 - DOU de 25/10/89.

para podermos igualar os desiguais, necessitamos ‘desigualar’ as práticas e os recursos direcionados a cada um. A respeito da ideia de universalidade, Butler (1998) ensina que:

O termo “universalidade” teria de ficar permanentemente aberto, permanentemente contestado, permanentemente contingente, a fim de não impedir de antemão reivindicações futuras de inclusão. Com efeito, de minha posição e de qualquer perspectiva historicamente restringida, qualquer conceito totalizador do universal impedirá, em vez de autorizar, as reivindicações não antecipadas e inantecipáveis que serão feitas sob o signo do ‘universal’. Nesse sentido, não estou me desfazendo da categoria, mas tentando aliviá-la de seu peso fundamentalista, a fim de apresentá-la como um lugar de disputa política permanente. (BUTLER, 1998, p. 17).

Numa outra entrevista, observa-se a percepção do/a entrevistado/a a respeito do atendimento às pessoas com outras sexualidades que não a heterossexual, na qual este/a assinala a existência do que poderíamos chamar de manifestação heterossexista no ambiente das UBSs, conforme a seguir:

Pesquisadora: E como é que tu achas que aqui no distrito ou no teu espaço de trabalho tratariam ou tratam as pessoas que tenham uma orientação sexual...

Entrevistado/a: Não tratam...

Pesquisadora: Não tratam? (risos)

Entrevistado/a: Na verdade, ainda existe uma... uma barreira bem grande, né? E eu acho que ainda as pessoas precisam se abrir um pouquinho mais...

Pesquisadora: Aham. Tu percebes isso? Tu tens visto?

Entrevistado/a: Não, não assim abertamente, né? Mas tudo muito... né? Subliminar. Mas a gente percebe alguma resistência ainda, um preconceito...

Pesquisadora: Em que tu vê isso?

Entrevistado/a: Não, assim não, diretamente, né? Talvez, né? Mas a gente percebe ainda quando tem alguma discussão né? Sempre fica uma pontinha, né? De... né? Cinismo de... né? De aquela coisa de assim... sarcástico, né?

Pesquisadora: E tens agido de alguma maneira, tens feito alguma coisa quando tu percebes isso?

Entrevistado/a: Procuro naturalizar, né? Tento pelo menos colocar um pouquinho de humanização, né? Tentar trazer: “olha, né? Não é bem assim”. As coisas de acordo com o que vai acontecendo, né? Falar mais natural possível, né? Do respeito, acho que está faltando muito o respeito, né? Não precisa aceitar, né? Mas também não precisa discordar. Seria esse o ponto de vista, talvez. Se a pessoa não tem a empatia, né? Pelo menos não precisa ter a antipatia. (destaques meus).

A partir da fala do/a entrevistado/a posso sugerir algumas hipóteses: quando o/a entrevistado/a diz que “não tratam” quer dizer, de alguma forma, que as pessoas não chegam, não vêm à unidade ou não são vistas e, portanto, são ignoradas, já que não as tratam; quando são vistas são alvo de preconceito ou discriminação. Pensar na aceitação e no respeito, por outro lado, parece remeter à questão da tolerância. O respeito é obrigatório, gostando ou não. Porém, parece-me que se esquece da possibilidade de olhar para o outro, um outro diverso, com relação ao qual o *staff* das UBSs é obrigado a ter empatia, pois isso certamente influencia no serviço prestado, no tratamento levado a efeito.

Sobre o tema, a posição de Jane Felipe e Alexandre Toaldo Bello (2009) vem a calhar:

Gostaríamos de enfatizar o quanto a ideia de tolerância para com os chamados “diferentes” é perigosa e escorregadia, pois quando simplesmente toleramos o outro, exercemos o poder de suportá-los com suas práticas. É como se disséssemos: no fundo, não entendo, não aceito, apenas tolero, permito que o outro seja assim, dessa maneira. Em resumo, a tolerância não significa necessariamente aceitação. Pelo contrário, ela pode disfarçar a não-aceitação, especialmente em tempos de diversidade, quando as pessoas começam a se sentir impelidas a se dar conta do que é e do que não é “politicamente correto” dizer ou fazer. (FELIPE; BELLO, 2009, p. 152).

Ainda quanto à mesma indagação, acerca do tratamento que pode ser dado à população LGBT nas UBSs um/a outro/a entrevistado/a assim responde:

Entrevistado/a: Aqui (*na região*) tem muito evangélico (*fala mais baixo*). Muito, né? Uma questão de igreja mesmo. E, aqui eu diria e... a gente, anos atrás, em cada esquina a gente encontrava um boteco. Agora, em cada esquina a gente encontra duas igrejas

evangélicas com diferentes números. Isso não diminuiu o consumo de álcool, mas, por outro lado, aumentou o preconceito. Isso eu percebo: que são bastante preconceituosos em relação a pessoas que tem algum tipo de comportamento diferenciado. (destaque meu).

O relato do/a entrevistado/a poderia conduzir à conclusão de que, consequentemente, há nas UBSs, muitos/as pessoas de religiões evangélicas, sejam usuários/as ou atendentes em geral (e, até por isso, o tom de voz mais baixo nesse momento de fala, ainda que estivéssemos dentro de uma sala fechada). A percepção sobre o preconceito de pessoas religiosas para com “pessoas com comportamento diferenciado”, no dizer do/a entrevistado/a, destaca um olhar para a discriminação que acomete esta população por parte de algumas pessoas que professam as religiões evangélicas neo pentecostais e católicas, como é notório, pois se manifestam publicamente contrários a tudo que não esteja dentro dos seus supostos preceitos e dentro dos parâmetros normativos aos quais aderem.

A menção ao preconceito quanto às questões sexuais pelos profissionais das UBSs nas entrevistas merece especial destaque, uma vez que não foram todos/as os/as profissionais que o perceberam ou que falaram a esse respeito de maneira espontânea ou não. Alguns não o mencionaram, simplesmente o naturalizaram ou, ainda, deram a entender que não haveria possibilidade desta manifestação acontecer dentro das UBSs.

Vejamos o trecho a seguir:

Pesquisadora: E como é que tu sentes que na unidade, são trabalhadas essas questões?

Entrevistado/a: Olha, eu acho que os profissionais tem bastante dificuldade de lidar com as questões sexuais, né? As enfermeiras, no preventivo, sempre comentam assim que isso acaba... acaba aparec... né?... são assuntos que acabam, né? Que acabam, né? Sendo trazidos de alguma forma até pela própria... maneira como o exame é feito então, toca muito de perto, né? A questão da... do sexo e tal e da relação e da mulher com a sua sexualidade e tal e tal... Mas de qualquer forma há uma dificuldade, assim, eu noto, né? Nos grupos de planejamento familiar, porque aqui tem grupos de planejamento familiar também... Eu acho que ainda fica muito focado, assim, na contracepção né? E isso não é... Enfim, acho que acaba não se tendo também muito tempo para expandir e

acaba se não arrumando tempo para expandir, também uma discussão maior assim, né? Sabe?

Nota-se, de certa maneira, a crítica do/a entrevistado/a para com a organização dos trabalhos nas UBSs no que tange às questões sexuais, uma vez que esta priorizaria quase que tão-somente a contracepção e a maternidade, temas que, no mais das vezes, estão ligados à família heterossexual. Para o/a entrevistado/a, contudo, há a necessidade de se tratar de outros temas além destes, que incluam outras sexualidades que não somente a heterossexual.

Esta é uma crítica importante e demonstra não só a consideração a outras sexualidades, mas a importância de se ampliar o foco do atendimento nas UBSs. Neste sentido, a pesquisa de Ana Paula Melo (2010), refere que na UBS estudada (em Recife), o fazer cotidiano está norteado fundamentalmente para mulheres e, também, que a frequência na UBS é maior de mulheres grávidas e/ou com crianças pequenas, o que contribuiria para a exclusão de outros/as usuários/as. A autora afirma que o contexto do Programa de Saúde da Família, possui, neste sentido, um modelo engessado, que tem como foco principal as mulheres: a gravidez, o puerpério e a maternidade.

Em outras entrevistas também é destacado o perfil “feminino” das UBSs como se vê a seguir:

Entrevistado/a: A gente pode até dizer que o perfil da... do... do centro de saúde parece muito feminino também. Se a gente for ver bem, nem homem também não aparece muito, os homens mais numas que... que... questões mais pontuais assim, quando está em crise, quando está numa situação assim, difícil. Daí ele aparece mais pontual. É difícil, mas tem homens, claro, que vêm para o grupo e tal numa situação, mas são poucos. Sempre a maioria é mulher, mulher... mulheres são a maioria da... da... da... dos atendimentos... busca ajuda.

Pesquisadora: E o que as equipes te trazem, também são na maioria mulheres? Ou seja, o que a equipe levanta?

Entrevistado/a: Mulher também. E quando é o homem, parece que tem as dif... não sei, tem mais dificuldade de... de... adesão mesmo, sabe? De fazer um acompanhamento mais a longo prazo. Parece que ser sempre todo muito pontual... aliviou um pouco aqui, opa! Então, só busca quando... nas situações, assim, mais emergenciais, assim. Então, se tiver que traçar um perfil mesmo. Isso é uma coisa que me chamou a atenção... sempre nos grupos,

também, tanto é que quando eu cheguei ali a outra psicóloga fazia um grupo de psicoterapia fechado, só pra mulheres... Porque vê, como já tinha um perfil, né? E eu vejo também aqui (*especifica a unidade*), vejo no (*especifica a unidade*), entende, é meio é... eu já li um artigo falando sobre isso assim. Eu cheguei a pesquisar um dia, assim, sobre isso que tem. Eu vi um artigo que falava assim, do... do... de um do... explicando um pouco o que o centro de saúde acaba tendo um perfil mais feminino mesmo, né? E o espaço porque que será que os homens não entram, não se sentem a vontade... (destaques meus).

Assim como nas UBSs o atendimento é direcionado quase que exclusivamente às mulheres e, por outro lado, questões ligadas às sexualidades “não são tema”, pode-se arriscar a dizer que, além de haver uma questão de gênero propriamente dita, há um não perceber, um não ver com relação a outras questões atreladas às sexualidades. Este afastamento, segundo se lê no trecho a seguir, para o/a entrevistado/a resultaria do desconforto ou da vergonha da equipe para tratar do tema.

Pesquisadora: E tu achas que essas questões não aparecem, não chegam, porque?

Entrevistado/a: Olha, talvez o olhar da equipe, né? Porque hoje quem nos encaminha é a equipe e talvez eles [não] se sintam a vontade para tratar esse tema...

Em linhas gerais, constata-se que a percepção de preconceitos tende a um olhar diferenciado e não negador, senão, pelo contrário, acolhedor das violências. Este olhar poderá ser o ponto de partida facilitador de um processo de mudança a partir do qual o outro possa ser olhado em sua especificidade, sem que por isso seja discriminado.

Também entendendo importante considerar neste contexto, a primazia da heteronorma, marcando um direcionamento tanto para o feminino, aqui confundido como território e características atribuídas às mulheres em geral, quanto no que se refere à ausência das sexualidades desviantes do padrão normativo. Sobre este assunto tem importantes estudos como o de Rita Flores Müller (2008).

5 SEXUALIDADE(S) - CONCEPÇÕES

O termo “sexualidade” apareceu, segundo Foucault (1998b), no início do século XIX. Seu surgimento e uso reflete a forma em que: “... nas sociedades ocidentais modernas, constitui-se uma ‘experiência’ tal que os indivíduos são levados a reconhecer-se como sujeitos de uma ‘sexualidade’ que se abre para campos de conhecimento bastante diversos, e que se articula num sistema de regras e coerções”. (p. 10). (grifos do autor).

Fernandez (2009) concorda com esta ideia e defende que, para se entender/compreender a sexualidade como uma construção sócio-histórica, faz-se necessário compreender em que contexto pensamos hoje a sexualidade e, para isto, entendê-la não como um invariável biológico ou inconsciente, senão, pelo contrário, pensá-la como experiência histórica que permita o questionamento a normas e conceitos tidos como essenciais. É preciso tornar visíveis as relações entre o saber produzido e as estratégias de poder, distinguir os critérios de normalidade e anormalidade, bem como os diversos controles sobre o erotismo e, por fim, desnaturalizar as nomeações, hetero, homo, bissexual, etc, que funcionam como capturas identitárias.

Acompanhando o pensamento destes autores, entendo a natureza política de pensar a sexualidade como dispositivo, no sentido de se colocar em evidência outros dispositivos que a este estão atrelados, assim como de se expor quais são suas concomitâncias e relações. Tudo isso nos leva a refletir sobre o contexto em que nos encontramos e quais as relações que nele se estabelecem, quais são os novos impactos, os requintes nos/dos sexismos, os controles e descontroles, a expressão do que deve e como deve ser, nos mais mínimos detalhes, nas mais mínimas expressões, tudo generificado, tudo catalogado e organizado. Entrar numa loja de brinquedos é ver concretamente a diferença de gênero marcada de maneira cada vez mais profunda, numa época em que o gênero continua sendo cindido de diversas formas e com maior requinte. Contudo, nesta época na qual o gênero é tão marcado, irrompem, também, corpos adolescentes que reverterem, questionam e assinalam essa não diferenciação (como os chamados Emos). Em vários pontos das entrevistas se faz alusão a “modismos”, algo como uma moda andrógina que traduz a vontade e a possibilidade de experimentação em classes médias urbanas, a busca da permissão, a tentativa de burlar a proibição a fim de experimentar, transitar territórios de experiência fora da norma. Ou, já que não há fora, o que buscam é

um trânsito dentro e fora permanente, com idas e voltas, repetições e reafirmações. Nesse trânsito, há, de outro lado, a experiência, a dessencialização que Fernandez (2009) propõe.

A questão central desta pesquisa diz respeito ao modo como os psicólogos/as que trabalham nas UBSs de Florianópolis se posicionam frente às sexualidades e, mais especificamente, frente às sexualidades outras que não a heterossexual. A partir desta questão, surgiram várias ideias que problematizo a seguir. É interessante destacar que uma fala bastante recorrente é “isso não aparece”. Porém, ainda que esta tenha se repetido em várias entrevistas, quase todos/as os/as entrevistados/as relataram um caso clínico de usuários/as que procuraram atendimento para si ou de famílias que trouxeram a queixa a respeito de um filho ou filha que estaria “ficando” ou namorando com pessoas do mesmo sexo. Em alguns casos, esta procura partiu de um aconselhamento na escola, que indicou a procura de um/a psicólogo/a para assessoramento. Não há, no entanto, menção por parte dos/as psicólogos/as entrevistados/as acerca de eventual conversa ou contato com quem realizou o encaminhamento ou indicação para atendimento psicológico. Em algumas situações, houve a tentativa de se trabalhar a partir das ideias do que hoje chamamos de clínica ampliada²¹ e, em outras, aparentemente, a demanda se dissipou.

5.1 Armários impostos: o jogo do visível/invisível. O que não aparece?

Vários/as entrevistados/as responderam que não era evidente o aparecimento de temas relativos à sexualidade e, muito menos, às sexualidades, no plural. Na continuidade das entrevistas, porém, em quase todas surgiram relatos de atendimentos. Quase todos/as os/as entrevistados/as relataram casos, espontaneamente ou não, sejam de

²¹ Segundo o Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, clínica ampliada é um: “Trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença”. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006, p 38).

famílias que trazem uma queixa sobre filhos/as adolescentes, sejam de casais ou de pessoas que individualmente foram atendidas e tinham uma orientação sexual não heterossexual. A primeira resposta de quase todos/as, no entanto, tendeu ao “não aparece” ou “não é tema”. Os relatos que denotam a procura engendrada por problemáticas relacionadas à orientação sexual, por outro lado, demonstram que a demanda relativa às sexualidades existe, mas talvez esteja invisibilizada por não se ter um olhar para isso ou, como vários responderam, “não tinha pensado nisso” ou “agora vou ficar pensando”, como se verifica, por exemplo, nas falas a seguir:

Entrevistado/a: [...] eu, falando, penso se não tem... assim... algo de evitativo, né? Porque isso não acaba aparecendo mesmo como tema, né? A questão da... das... práticas sexuais. Não sei... não sei te dizer se, assim... é uma coisa que vou refletir a partir de nossa conversa, assim. (*Risos*).

Entrevistado/a: [...] porque é claro que a gente fica numa correria tão grande que não consegue parar pra refletir. Então, esses momentos são bons, assim, porque a gente reflete um pouco sobre isso e quando a gente fala, né? A gente fica até... nossa!

Se algo em relação à orientação sexual parece inicialmente invisibilizado, mas finda por ser percebido de alguma maneira, como isso é trabalhado no contexto das UBSs? Nas falas a seguir transcritas, inicio com uma pergunta que surge da anterior, referida às queixas que aparecem como problemáticas e que, neste caso, quer saber sobre identidade de gênero e orientação sexual. A partir da pergunta sobre as sexualidades e a forma pela qual estas aparecem/se manifestam nos atendimentos diversos do/da psicólogo/a nas UBSs, o/a entrevistado/a responde:

Pesquisadora: E isto aparece no... por que vocês fazem aquele trabalho de grupo, o matriciamento e o trabalho de grupo e o trabalho individual, e como é que aparecem estas questões, as pessoas espontaneamente trazem no grupo?

Entrevistado/a: Não, tsc, tsc tsc²²... não, não, as pessoas têm muita dificuldade em falar das questões sexuais, muitas dificuldades. Eu é que acabo puxando essas questões. Então... em questão de homossexualismo, né? Das questões das pessoas que

²² O/a entrevistado/a emite sons indicando negação.

têm outras orientações de gênero, de... de sexuais e tudo... muito poucas aparecem, muito poucas. Tem casos em que eu tenho suspeita, inclusive, de que a pessoa tem uma outra orientação sexual que não a heterossexual e é difícil de abordar porque não é a queixa principal, né? E eu to aqui nessa comunidade também há pouco tempo, né? Mas, assim, na minha trajetória ... eu estava numa clínica para dependente químico também... nossa! Eles não... muito pouco falam disso assim... mas hoje eu atendo... um homossexual que se... que se identifica como homossexual, mas ele não fala disso no grupo, ele não quer falar disso no grupo... só em atendimentos individuais que eu faço com ele. (destaques meus).

No tocante ao uso da palavra “homossexualismo”, em vez de homossexualidade, Jurandir Freire Costa (1992) assinala que: “Além da óbvia conotação pejorativa que o termo ‘homossexualismo’ possui, dada sua origem médico-psiquiátrica, seu uso estabelece um desequilíbrio no tratamento moral dos ‘homossexuais’, em tudo contrário aos ideais éticos de nossa cultura”. (p.37). O sufixo “ismo” denota “doença”, portanto substitui-se pelo sufixo “dade” que remete a “modo de ser”. Continuando com esta ideia, o autor assinala que:

Uma vez identificado como ‘homossexual’ o sujeito dificilmente consegue proteger sua privacidade sexual do espaço público, pelo simples fato de ser sistematicamente interpelado em nome de sua preferência erótica (...) passa a responder socialmente como se toda sua pessoa se resumisse à singularidade de sua inclinação erótica. (FREIRE COSTA, 1992, p. 37). (grifo do autor).

Ainda na entrevista anterior, pareceria que o/a entrevistado/a refere que a dificuldade de falar no grupo advém “da pessoa”, ou seja, “do homossexual”. Neste sentido, Eve Sedgwick (2007) destaca que:

Mesmo num nível individual, até entre as pessoas mais assumidamente gays há pouquíssimas que não estejam no armário com alguém que seja pessoal, econômica ou institucionalmente importante para elas. Além disso, a elasticidade mortífera da presunção heterossexista significa

que, como Wendy em *Peter Pan*, as pessoas encontram novos muros que surgem à volta delas até quando cochilam. Cada encontro com uma nova turma de estudantes, para não falar de um novo chefe, assistente social, gerente de banco, senhorio, médico, constrói novos armários cujas leis características de ótica e física exigem, pelo menos da parte de pessoas gays, novos levantamentos, novos cálculos, novos esquemas e demandas de sigilo ou exposição. (SEDGWICK, 2007, p. 22).

Com base nisso e compartilhando o pensamento da autora, cabe destacar que há uma diferença que necessita ser contemplada. Apresentar-se frente a um grupo e falar de si e de sua sexualidade não é igual para todos. Por isto, penso junto com Butler (2006) que:

Quizás aquí se de una confusión, ya que muchos dirán que la oposición a la violencia debe darse en nombre de la norma, una norma de no violencia una norma de respeto, una norma que rige y obliga a respetar la vida misma. Pero piensen que la normatividad tiene un doble sentido. Por una parte se refiere a los propósitos y a las aspiraciones que nos guían, los preceptos por los cuales estamos obligados a actuar o hablar el uno al otro, las presuposiciones que se manifiestan habitualmente, mediante las cuales nos orientamos y que orientan nuestras acciones. Por otra parte la normatividad se refiere al proceso de normalización, a la forma en que ciertas normas, ideas e ideales dominan la vida incorporada (*embodied*) y proporcionan los criterios coercitivos que definen a los hombres y a las mujeres normales. Y en este segundo sentido, vemos que las normas son lo que rige la vida inteligible, a los hombres reales y a las mujeres reales. Pero cuando desafiamos estas normas no está claro si estamos todavía viviendo o deberíamos estarlo, si nuestras vidas son valiosas o si pueden convertirse en tales, si nuestros géneros son reales, o incluso si pueden verse como tales. (BUTLER, 2006, p. 292).

Prosseguindo na mesma temática, outro/a entrevistado/a se manifesta de maneira semelhante:

Pesquisadora: E de identidade de gênero e orientação sexual?

Entrevistado/a: De gênero e orientação sexual... (o/a entrevistado/a fica pensando)

Pesquisadora: Não aparecem esses temas?

Entrevistado/a: Não (*pensa*), a sexualidade aparece pouco. É engraçado, eu tenho... não sei se é uma... quando você falou pelo telefone que era sexualidade, fiquei pensando um pouco, nossa, né? Fiquei pensando um pouco em sexualidade de... de... de... das diferenças que, né? Que podiam aparecer da homossexualidade, mas... de trazer isso como uma questão problema, não. Aparece, já apareceu pessoas, né? Que... que... que tem... uma orientação sexual diferen... diferente da het... da hétero. Mas que isso nunca foi trazido como uma questão problema assim, de trazer questão de alguma dificuldade de relação, mas sempre por trás tinha outras questões dessa depressão, que tinha relação com... com a família e tal, mas que não somente tinha a ver com a questão de orientação sexual no caso, disso, mas de gênero também... (destaques meus).

Da leitura da fala extrai-se, então, que a sexualidade não é trazida como questão problema. Mas o certo é que nem sempre estas questões são trazidas abertamente. “Porque, se é verdade que o fato de revelar já é um início de expiação, será que não se poderá chegar, no limite, ao seguinte: que uma revelação suficientemente custosa, suficientemente humilhante, fosse por si só penitência?” (FOUCAULT, 2002, p. 219). O problema das pessoas pode não ser necessariamente sua orientação sexual e sim tudo o que estaria relacionado com o que Eve Sedgwick (2007) denomina de epistemologia do armário e que regula as fronteiras da norma, como sistema de privilégios e marcadores identitários que se articulam com marcadores sociais (JUNQUEIRA, 2011)²³. Portanto, não poderíamos agir e pensar como se o armário fosse uma escolha e como se houvesse possibilidade desta escolha.

Neste sentido Sedgwick (2007) destaca que:

²³ Junqueira Rogerio Diniz. *Homofobia na escola: enfrentamentos ao (hetero)sexismo e às hierarquias sexuais no cotidiano escolar*. Palestra Proferida na Universidade Federal de Santa Catarina em 03 mai. 2011.

O armário gay não é uma característica apenas das vidas de pessoas gays. Mas, para muitas delas, ainda é a característica fundamental da vida social, e há poucas pessoas gays, por mais corajosas e sinceras que sejam de hábito, por mais afortunadas pelo apoio de suas comunidades imediatas, em cujas vidas o armário não seja ainda uma presença formadora. (SEDGWICK, 2007, p. 22).

Falar de sexualidade a partir desta perspectiva leva a pensar que a regra do silêncio, assim como assinala Foucault (2002), não é o principal, não é a censura o procedimento principal e, sim, os:

... procedimentos institucionalizados de revelação da sexualidade: a psiquiatria, a psicanálise, a sexologia. Ora todas essas formas de revelação científica e economicamente codificadas, da sexualidade são correlatas ao que podemos chamar de uma relativa libertação ou liberdade no nível dos enunciados possíveis sobre a sexualidade. A revelação não é, aí, uma espécie de maneira de atravessar, a despeito das regras, dos hábitos ou das morais, a regra de silêncio. A revelação e a liberdade de enunciação se defrontam, são complementares uma da outra. Se as pessoas vão tanto ao psiquiatra, ao psicanalista, ao sexólogo, para enunciar a questão de sua sexualidade, revelar o que é sua sexualidade, é porque há em toda parte, na propaganda nos livros, nos romances, no cinema, na pornografia ambiente, todos os mecanismos de apelo que remetem o indivíduo, desse enunciado cotidiano da sexualidade, à revelação institucional e custosa de sua sexualidade ao psiquiatra, ao psicanalista, ao sexólogo. Temos então aí, atualmente, uma figura na qual a ritualização da revelação tem por vis-avis e por correlativo a existência de um discurso proliferante sobre a sexualidade. (FOUCAULT, 2002, p. 215).

Foucault (2002) historiza a revelação da sexualidade e assinala que esta tem um fio condutor no ritual da penitência. Da confissão sacramental, a revelação feita ao padre (ou ao médico?), aparece o

sentimento de vergonha como de algo punível, penitenciável, factível de penitência. De alguma maneira, isto explicaria o uso e a necessidade do armário.

5.2 Heteronormatividade nas UBSs

Norma. Heteronorma. Linearidade necessária e obrigatória de sexo, gênero e desejo nos atravessando a todos. Quem são as pessoas que procuram atendimento psicológico nas UBSs e como chegam ao psicólogo? Quais são as problemáticas relacionadas à/às sexualidade/s que são levadas ao atendimento psicológico dentro das UBSs e no contexto do SUS?

Na entrevista a seguir se relata um caso no qual aparecem as marcas da norma:

Entrevistado/a: Eu tenho uma pessoa que... que eu atendi que... que a gente não conseguiu ainda entrar nesse ponto que para ela parece importante, porque ela... ela... ela tem problema... ela tem um problema em relação à a sexualidade dela, na verdade ela, o gênero que ela... que ela tem um fenótipo masculino. (destaques meus).

No que tange à utilização da expressão “fenótipo masculino” pela entrevistada, segundo o dicionário Aurélio, o vocábulo fenótipo refere-se à característica de um indivíduo determinada por seu genótipo (ou conjunto de genes do indivíduo) e por condições ambientais. Certamente, a entrevistada quis se referir a características físicas e de comportamento da usuária, marcas ambientais, que deviam provavelmente corresponder ao que, em nossa sociedade, se relaciona a características ditas masculinas ou a atitudes entendidas como masculinas. Mas porque a expressão fenótipo masculino? Há um fenótipo determinado para cada sexo? Ou seja, para cada genótipo há um (pré) determinado fenótipo? Parece haver aqui um cuidado por parte do/a entrevistado/a com o que a pesquisadora possa pensar, o que se verifica também na fala inicial, na qual se remete ao prévio contato telefônico. Poderia aqui haver uma evidência de heteronormatividade, quando o/a entrevistado/a repete a tácita obrigatoriedade da coincidência de fenótipo e genótipo. Nesse sentido, Fernandez (2008) assinala que:

Sin subestimar en lo más mínimo la importancia de instalar en nuestras sociedades criterios de lo “políticamente correcto”, si bien éstos pueden aliviar sufrimientos a los discriminados, no alcanzan a quebrar los dispositivos de poder que al mismo tiempo que desigalan discriminando, expropiam bienes y derechos de los discriminados y discriminadas. (FERNANDEZ, 2008, p. 247).

O/a entrevistado/a continua relatando o caso:

Entrevistado/a: E ela... e ela tem uma orientação é... sexual homo... homossexual, né? Então ela tem... é casada com uma mulher, tudo. Só que, como ela... ela é usuária,²⁴ né? Ela sofreu muita violência na vida dela. Então, assim, tem toda uma história difícil, assim de... de... dela lidar. Então a gente ta... trabalha, estou trabalhando com ela. Só que ela tem dificuldade de adesão também. Então, eu estou trabalhando com essa questão do... da... da... da... dessas violências, dessa da... dessa... do... ansiedade dela. De... da dificuldade de se sair da droga, né? De... de... de sair então. A gente, em algum outro momento, quando a gente limpou um pouco com isso, estava já há um tempo abstinente e tal, que a gente conseguiu entrar no quanto que ela se incomodava. E que isso dificultava, querendo ou não, o tratamento, de ir nos lugares, porque ela se sentiu que estava muito olhada, muito vigiada por ser diferente. Ela se sentia diferente, de participar num grupo de tabagismo. Por exemplo, ela queria parar de usar cigarro, de participar do CAPS, porque diz que as pessoas olhavam ela. Então, quando a gente começava a entrar um pouco nisso, aí ela logo... um pouco ficou e já recaiu de novo, sabe? Então... (destaques meus)

Pesquisadora: E tu achas que as pessoas olhavam mesmo ela? Ou seja, tu achas que essa seria uma dificuldade para ela entrar no grupo de tabagismo?

Entrevistado/a: No tabagismo, eu... pelo que eu... eu conversei com a... com a pessoa que fazia o grupo... que eu conversando sobre isso com a dentista e ela disse que sim, que no começo as pessoas achavam... estranhavam, mas que o pessoal lidou numa

²⁴ Neste caso imagino que o/a entrevistado/a refere-se à usuária como usuária de drogas, e não somente do SUS.

boa, assim, né? Tanto é que perguntavam... perguntaram pra ela como é que ela gostaria de ser chamada, né? Porque, às vezes, o povo chamava de ele, de ela... mas ela disse que gostaria de ser chamada de ela, né? Então, que acabaram falando disso no grupo, assim. Comentaram que eles chegassem nela... de chegar nela... de que forma e ela conseguiu colocar. E no grupo de tabagismo ela adorou, ela gostou muito, ela se sentiu inserida. Mas, estava dando certo, então deu um problema na questão porque ela estava muito ansiosa e queria abandonar o cigarro. Só que o problema para eliminar a ansiedade ela não queria usar medicação para ajudar e, aí, ela usava maconha, e aí ela começou a aumentar o uso de maconha para poder usar o cig... para poder parar o cigarro. Então a gente é... eles viram que não tava tendo, daí, muito, né? Que não ia ser bom pra ela, que era preferível que ela ficasse e, então, com o cigarro do que com a maconha. Então, eu sei que ela acabou... é... desistindo como ela sempre fez ao longo, né? Foi se abandonando, aí, meio que que se repe.. que se repete muito isso, né? Mas é um grupo que a gente ficou na... uma das últimas vezes ela pensa em se reto... pensam em retornar também, só que agora ela retornou com drogas mais pesadas, né? Com crack e com... e com álcool também. Ela também tem, então, ela está com... ela, ela tem umas dificuldades, assim mas, assim... então é um caso que aparece, que apareceu assim que... que né? Daria para se trabalhar, mas que tem outras questões envolvidas, né? Acho que tudo esta envolvido, né? (destaques meus).

Desta entrevista parece desprender-se a ideia do disciplinamento no âmbito da UBSs. Poderíamos pensar que haverá um disciplinamento que se torna “esperado” pela usuária mencionada em cada uma das instâncias nas quais se apresenta, seja o grupo de tabagismo, seja a adesão ao tratamento. As violências a que o/a entrevistado/a se refere são lembradas, mas podem não ter sido entendidas como parte da disciplina a qual a usuária possa ter sido submetida.

Em suma, para Foucault (2007), o poder disciplinar teria como efeito a modificação extrema no corpo, no sujeito e no individuo, ou seja o desaparecimento da função individual. O poder disciplinar, seguindo esta perspectiva, assujeita, cria sujeição. Neste sentido:

En una palabra podemos decir que el poder disciplinario, - y esta es sin duda su propiedad fundamental – fabrica cuerpos sujetos, fija con

toda exactitud la función sujeto al cuerpo;[solo] es individualizante [en el sentido de que] el individuo no [es] otra cosas que el cuerpo sujeto. Y podemos resumir toda esa mecánica da disciplina da siguiente manera: el poder disciplinario es individualizante porque ajusta la función sujeto a la singularidad somática por intermedio de un sistema de vigilancia y escritura y un sistema de panoptismo pangráfico que proyecta por detrás de la singularidad somática, como su prolongación y su comienzo, un núcleo de virtualidades, una psique, y establece, además, la norma como principio de partición y la normalización como prescripción universal para todos esos individuos así constituidos. (FOUCAULT, 2007, p. 77).

Sobre este tópico Foucault (2007) assinala três características fundamentais do poder disciplinar: a captura total e exaustiva do corpo e dos comportamentos do indivíduo; o sistema panóptico de visibilidade absoluta e constante dirigido ao corpo do indivíduo; a isotopia na classificação, ou seja, a existência de lugares bem determinados nos quais, no entanto, não se consegue evitar a permanência de algo inclassificável, algo que escapa à classificação e que portanto, demonstra que o poder disciplinar gera suas margens a partir daquele que não se deixa classificar.

O sistema disciplinar também possui a capacidade de ser “intercambiável”, ou seja, ele interage e se reproduz com e em outros sistemas disciplinares (escola, exército, hospital, unidade de saúde, prisão, fábrica etc.).

Pergunto-me no caso da entrevista apresentada: será que quando não se acolhe a necessidade, quando se escuta mas não se problematiza, quando, de alguma maneira, culpabiliza-se pelo silêncio e pela não saída do armário, não se está garantindo e mantendo a disciplina? Não haveria um aperfeiçoamento disciplinar fazendo com que a disciplina funcione por si só?

O/a entrevistado/a fala da dificuldade de adesão e do abandono que parecem ser auto-infringidos pela usuária. Assim, poderíamos identificar, em algum grau, uma espécie de culpabilização da usuária quanto às dificuldades com as quais esta pessoa tem que lidar: é ela que se abandona, é ela que não adere ao tratamento, é ela que se sente observada nos grupos de apoio e, por isso, não pode frequentá-los. Cabe

observar aqui que este abandono ao qual se refere o/a entrevistado/a parte da usuária, cujos motivos, contudo, podem estar originados em sua trajetória e num contexto determinado, excluindo, assim, sua responsabilidade exclusiva por este “se abandonar”. Neste sentido, Butler (2006) assinala que: “Cuando las normas de género funcionan como violaciones operan como una interpelación que solo se rehúsa cuando se acepta pagar las consecuencias, tales como perder el propio trabajo, el hogar, las perspectivas del deseo o de la vida”. (p. 302).

Por sua vez, Junqueira (2009) aponta que:

A invisibilidade lésbica (mais do que a feminina em geral) foi construída ao longo da História (e na historiografia), nos discursos sobre a sexualidade, a homossexualidade, a militância e a diversidade em geral. Vetores discriminatórios que operam no mundo social contra as mulheres em geral acirram-se no caso das mulheres lésbicas (e ainda mais se forem lésbicas pertencentes a outras “minorias”, produzindo em turbilhão de vulnerabilidades). (JUNQUEIRA, 2009, p. 32).

Gostaria de destacar duas questões nestas falas: 1) o desconhecimento da especificidade e da vulnerabilidade que caracterizam a população LGBT, e para isto me remeto à Política Nacional De Saúde Integral De Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis E Transexuais – LGBT (2010)²⁵, às Conferências Nacionais de Saúde e às Conferências Nacionais de Saúde Mental, documentos nos quais há destaque para a saúde da mulher lésbica reforçando esta necessidade e que podem não ter sido divulgados pelos gestores de políticas públicas para os entrevistados, uma vez que para eles parecem ser desconhecidos; e, 2) o disciplinamento que parece estar inserido na prática relatada pela entrevistada.

Butler (2008) assinala que uma interpelação transforma o bebê em menino ou menina e que a partir dela se produz a “feminização” que permitirá aceder à linguagem e ao parentesco. Esta interpelação se manterá constante, sendo reiterada por diversas autoridades, a começar pelas autoridades médicas, as quais “...reiteran esa interpelación fundacional a lo largo de varios intervalos de tiempo para fortalecer o

²⁵ Disponível em:

<http://www.abglg.org.br/docs/PoliticaNacional_SaudeIntegral_LGBT.pdf>.

Acesso em: 23 jan. 2012.

combater esse efeito naturalizado. La denominación es a la vez un modo de fijar una frontera y también de inculcar repetidamente una norma” (BUTLER, 2008, p. 26). De acordo com isto, a autora acrescenta que: “En el marco de la teoría del acto del habla, se considera performativa aquella práctica discursiva que realiza o produce lo que nombra”. (idem, p. 34).

Essas interpelações contribuem para orquestrar e montar o que será entendido e compreendido como humano. Esta construção resulta muito mais evidente nos seres abjetos, assim como a usuária atendida pela entrevistada, como se seu gênero não houvesse sido adequadamente performado, questionando-se sua própria humanidade. (BUTLER, 2008).

Assim, assinala Butler (2006):

Términos tales como “masculino” y “femenino” son notoriamente intercambiables; cada termino tiene su historia social; sus significados varían de forma radical dependiendo de límites geopolíticos y de restricciones culturales sobre quien imagina a quien, y con que propósito. Que los términos sean recurrentes es bastante interesante, pero que la recurrencia no indica igualdad, sino mas bien la manera por la cual la articulación social del término depende de su repetición, lo cual constituye una dimensión de la estructura performativa del genero. Los términos para designar el género nunca se establecen de una vez y por todas, sino que están siempre en el proceso de estar siendo rehechos. (BUTLER, 2006, p. 25).

Butler (2006) me faz pensar no paradoxo que há entre a necessidade da norma de gênero, enquanto originária e constituinte, e a dificuldade desta ser aceita da forma que é, ou seja, a contradição entre a adesão e a concomitante resistência a ela. Porque, como esta autora assinala, “... nadie debería ser obligado por la fuerza a ocupar una norma de género que se experimenta como una violación insufrible”. (BUTLER, 2006, p. 302).

Sobre estes tópicos e sobre o atendimento em saúde a mulheres lésbicas, Melo (2010) realizou uma pesquisa em UBSs de Recife que procurou descobrir, a partir do discurso de profissionais que atuam nestas unidades, aspectos favorecedores ou não do atendimento, na saúde pública, a mulheres que mantém relacionamentos homoeróticos.

Os resultados apontaram que o serviço de saúde é destinado e orientado enfaticamente para o público feminino e, nos discursos recolhidos, verificou-se que existe o entendimento de que toda mulher que procura a unidade seria heterossexual. A autora da pesquisa considera que os profissionais entrevistados não conseguem perceber as necessidades diferentes das usuárias lésbicas e destaca que não pretende propor a criação de um grupo prioritário específico (como gestantes, hipertensos etc) mas, sim, o reconhecimento de que o modelo de atendimento em vigor na UBS pesquisada tende a excluir essas usuárias do serviço. Segundo Melo (2010), a problemática se torna mais complexa quando se trata de mulheres cujas “performances de gênero remetem-se ao masculino, ou seja, mais masculinizadas” (idem, p.129).

Na entrevista a seguir destaco um trecho que novamente exemplifica questões referentes à invisibilização das marcas da heteronorma:

Entrevistado/a: [...] e, então, é... mas ela tinha outras questões, né? Que a incomodavam, né? É... por exemplo, ela era obesa, né? E isso, né? Era uma coisa que a incomodava, né? Ela tinha outras queixas, né? Vou dizer, não sei quais eram as questões dela, mas ela tinha uma outra queixa, né? Daí, eu propus atendimento pra ela, pra a gente tratar dessas questões, da queixa dela, e encaminhei a mãe para lidar com.... com essa questão, que era dela, né? E coloquei para mãe, né? Que tua filha não está incomodada com isso, né? Se isso causa sofrimento pra ela é por essa dificuldade, né? Que esta aparecendo na relação de vocês duas, né? Que eu acho que vai melhorar a partir do momento em que tu fiques mais tranquila em relação a isso, né. É... propus atendimento pra ela, né? Dai ela... entrou em lista de espera e, quando eu chamei e marquei, ela não veio, né? E esses dias me encontrei com a mãe, lá no posto, e perguntei como é que ela estava, como é que a menina estava, né? E ela disse que estava bem melhor, estava, estava mais tranquila, né? (destaques meus).

Como em entrevistas anteriores, não se relaciona a possibilidade de obesidade, uso e abuso de álcool e drogas com a homossexualidade ou de alguma forma com a possibilidade de vulnerabilidade motivada por uma orientação sexual não heterossexual.

Segundo a Política Nacional de Saúde da Mulher (2011), em geral, os textos referentes à violência contra a mulher não abordam as especificidades das mulheres lésbicas. Porém, recomenda a importância

de considerar "... a violência intrafamiliar contra adolescentes lésbicas, quando são expulsas do lar ou são vítimas de violência sexual por parte dos familiares ou outras formas de violência". (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2011, p. 49). E assinala também a necessidade de que:

...os serviços de saúde disponham de profissionais capacitados para o atendimento às mulheres, considerando a possibilidade de parte da clientela ser composta por mulheres que fazem sexo com mulheres. Isso é necessário para que saibam atender às mulheres lésbicas dentro de suas especificidades, e respeitando seus direitos de cidadania. (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2011, p. 49).

A Rede Feminista de Saúde (2006), reforça esta necessidade assinalando que: "A invisibilidade da população composta por estas mulheres e de suas demandas implica desperdício de recursos com atenção à saúde e baixa eficácia no tratamento efetivo de suas necessidades." (p.01).

Também nesta temática, King et al., (2003); Smith et al., (2003); Meyer, (2003); Solarz, (1999); Harper & Schneider, (2003), conforme mencionados pela Rede Feminista de Saúde, assinalam que as mulheres lésbicas apresentam níveis elevados de sofrimento psíquico e de experiência de violência física na família, no trabalho e em lugares públicos, que têm sido apontados como proporcionalmente altos em vários estudos, quando comparados à população heterossexual.

Em relação ao abuso de álcool e drogas, Roberts et al., (2004); Koh, (2000); Aaron et al., (2001); Diamant et al., (2000); Cochran et al., (2001); Balsam et al., (2004), também mencionados pela Rede Feminista de Saúde (2006), destacam que o uso abusivo de substâncias ilícitas, álcool e o tabagismo aparecem com níveis elevados em estudos focados na população homo e bissexual e, inclusive, sendo comparados proporcionalmente com a população heterossexual, o que poderia ser um indicativo de risco diferenciado para a saúde. Destaca-se também que o estigma e a discriminação são determinantes que geram:

...um cotidiano repleto de experiências de preconceitos em várias instâncias da vida, na

família, no trabalho, na escola, nos serviços de saúde. Um cotidiano marcado pela ansiedade e pela vivência - em geral, pouco compartilhada da experiência homossexual - relacionadas ao medo e expectativa de rejeição decorrente da homofobia presente na sociedade. (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2006, p. 21).

Por outro lado, e desde uma perspectiva diferente, gostaria de destacar que sobre a vulnerabilidade Butler (2009) se posiciona de maneira diferente. No momento em que se nomeia a vulnerabilidade, no momento em que se enuncia, esta se constitui: “La vulnerabilidad adquiere otro sentido desde el momento en que se reconoce, y el reconocimiento tiene el poder de reconstruir la vulnerabilidad”. (BUTLER, 2009, p. 71).

Parece-me que aqui se manifesta uma discussão semelhante a que se estabelece entre pensar a identidade de um grupo, por exemplo, coisa necessária para a militância e pensar em cada um, em cada sujeito independentemente de filiações identitárias. Neste caso, a vulnerabilidade, ou melhor, falar de um grupo vulnerável torna esse grupo vulnerável. A autora assinala que o humano é vulnerável, que como humanos somos vulneráveis e são estes humanos (nós) que necessitamos ser acolhidos em nossa vulnerabilidade humana. De alguma forma, falar em vulnerabilidade de um grupo específico, chama a política pública para esse grupo, por outro lado o debilita, e, por outro lado, ainda, limita o futuro olhar para o humano, para cada vulnerabilidade humana. Proponho, desta forma, uma discussão ética e, se relaciono os dois olhares, evidentemente epistemológica.

5.3 Família: O Programa de Saúde da Família, aproximações e distâncias

Nas entrevistas realizadas recolhi vários depoimentos acerca de casos clínicos, relacionados ao tema proposto. São relatos de atendimentos que, espontaneamente ou não, foram trazidos pelos/as psicólogos/as entrevistados/as. Em vários destes relatos aparece uma família ou a menção a uma família. Em geral, trata-se da mãe buscando escuta psicológica para aquilo que considera uma problemática da filha ou filho sobre sua sexualidade.

Por que razão, nestes casos, a família procura a ajuda de profissional da área da saúde, seja psicólogo ou médico? Porque a sexualidade tem que ser tratada neste âmbito? Foucault (2002) nos explica que a família tem trabalhado como dispositivo articulador do dispositivo da sexualidade. Mas, o que é o dispositivo da sexualidade? Seria aquele a partir do qual se exerce a sujeição? E o que é ser/estar sujeito? Ser sujeito é ser sujeito a algo ou a alguma coisa. Não há possibilidade de ser sem sujeição, sem estar assujeitado.

Para Butler (2008):

La paradoja de la sujeción (*assujettissement*) e precisamente que el sujeto que habría de oponerse a tales normas ha sido habilitado, si no ya producido, por esas mismas normas. Aunque esta restricción constitutiva no niega la posibilidad de la acción, la reduce a una práctica reiterativa o rearticuladora, inmanente al poder y no la considera como una relación de oposición externa al poder. (BUTLER, 2008, p. 38).

Certamente, há uma relação família-médico/médico-família que se retroalimenta e que conforma este dispositivo disciplinar. E de que se alimenta? Alimenta-se de sexualidade. Serão as questões ligadas à sexualidade que servirão de elo na conformação do poder disciplinar. A família, orientada pelo médico, organizará em primeiro lugar a cruzada antimasturbatória, exercendo o controle da criança masturbadora (FOUCAULT, 2002). É nos quartos e nas camas das crianças que se exerce o controle do corpo. Em torno deste controle, dá-se a construção da família, com o poder e a necessidade de controlar. Família nuclear, diríamos hoje. Sem dúvida, família heterossexual. Desde o século XIX, a família tem como dever controlar as possíveis anomalias sexuais que poderiam aparecer na vida da prole. Por este motivo, ainda hoje, aparece a família levando a criança ou o adolescente para consultar com o psicólogo ou o médico sobre sua sexualidade.

Nos casos que me foram relatados, e devido às indagações que fui realizando, foram apresentadas famílias que pretendem corrigir a orientação sexual de seus filhos ou buscar orientação para saber como lidar com ela. No contexto atual, a sexualidade fora da norma ainda não é aceita, justamente porque ainda vige a heteronorma.

Em respeito à norma, há o pensamento de uma sexualidade única e não múltipla. Estamos conformados por um pensamento binário que

somente permite uma opção legal, normal, possível e aceita. O que estiver fora dessa opção será anormal, ilegal e não aceito, mas, entretanto, possível. Aliás, é necessário que seja possível, porque esta possibilidade é a condição de existência de ambas as possibilidades. Ou seja, é necessária a existência da homossexualidade para a existência da heterossexualidade, assim como é necessária a margem para a existência do rio. (BUTLER 2003).

Mas, porque este tema? Porque a sexualidade? Porque a sexualidade tem se tornado um dispositivo de poder tão consistente que é capaz de exercer a sujeição e conformar o sujeito com a regulação de suas práticas, com a determinação do que é normal e anormal. Foucault (1999) entende que “Nas relações de poder, a sexualidade não é o elemento mais rígido, mas um dos dotados da maior instrumentalidade: utilizável no maior número de manobras, e podendo servir de ponto de apoio, de articulação às mais variadas estratégias” (p.98).

Ainda Foucault (1999), de forma clara, distingue a partir do século XVIII, fundamentalmente, quatro dispositivos estratégicos de saber-poder referentes ao sexo: a *histerização do corpo da mulher*, cujo corpo foi estudado, analisado e patologizado; a *pedagogização do sexo da criança*, com o controle da masturbação como marca mais importante; a *socialização das condutas de procriação*, com o controle da fecundidade; e, a *psiquiatrização do prazer perverso*, a partir do qual se instauram as anomalias oriundas dos instintos biológico e psíquico, com as consequentes patologização e tecnologização das eventuais correções ao considerado anormal.

Estas quatro linhas a partir das quais se avança na política do sexo estão apoiadas em dispositivos disciplinares e reguladores, ou seja, biopolíticos. “De um modo geral, na junção entre o ‘corpo’ e a ‘população’, o sexo tornou-se o alvo central de um poder que se organiza em torno da gestão da vida, mais do que a ameaça de morte”. (FOUCAULT, 1999, p. 138).

E é a partir destas estratégias que, segundo este autor, produz-se a sexualidade:

Não se deve concebê-la como uma espécie de dado da natureza que o poder é tentado a por em xeque, ou como um domínio obscuro que o saber tentaria, pouco a pouco, desvelar. A sexualidade é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico: não à realidade subterrânea que se aprende com dificuldade, mas à grande rede da

superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns a outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e de poder. (FOUCAULT, 1999, p. 100).

Os dispositivos de aliança e de sexualidade, alimentando-se um a outro, reforçaram e criaram a família como a conhecemos hoje: como sendo lugar de afetos, do amor e da sexualidade em si. O espaço onde a sexualidade é permitida é o da família heterossexual monogâmica, unida em matrimônio. Ou seja, naquela encabeçada por um casal garantido pela aliança. “O dispositivo de sexualidade tem, como razão de ser, não o reproduzir, mas o proliferar, inovar, anexar, inventar, penetrar nos corpos de maneira cada vez mais detalhada e controlar as populações de modo cada vez mais global” (FOUCAULT, 1999, p.101).

É esta família que leva ao psicólogo aquilo que está em descompasso com a norma para ser consertado, para ser nela encaixado. É esta família que leva o/a adolescente para a UBS para tratar aquilo que foge ao padrão e que, por existir à margem, ameaça sua própria conformação e existência. Vã ilusão, porquanto aquilo que ameaça é aquilo que reforça a existência do que é ameaçado, que cria e recria a norma que o regimenta.

5.4 Poder soberano, poder disciplinar e biopoder nas UBSs

As disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois polos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida. (FOUCAULT, 1999, p. 131).

Foucault (2007), em seu curso do Collège de France de 1973-1974, *O poder psiquiátrico*, toma cenas psiquiátricas que pertencem à história da psiquiatria e trabalha a partir delas, observando os jogos de poder que começam a se esboçar, advertindo quanto à necessidade de identificar estes jogos antes de pensar na organização institucional, nos discursos de verdade ou nos modelos incorporados.

Vários/as dos/as entrevistados/as, conforme já referido, relataram algum caso em que a família, em geral a mãe, levou a eles/as a queixa sobre um/a adolescente e sua sexualidade. A partir disso penso: quais seriam os jogos de poder que se esboçam nas cenas relatadas pelos/as profissionais entrevistados/as? Qual é o poder ou o fundamento que faz com que a família apareça na UBS buscando ajuda para alguma questão referida à sexualidade de seus filhos/as?

Para Foucault (2007), na família se exerce um poder que ele chama de poder de soberania, no qual o pai, portador do sobrenome, o exerce em seu nome, constituindo-se num pólo de detenção do poder maior do que o representado pela mãe e pelos filhos. Na família há um poder diferente do poder disciplinar. Nela há um poder que se exerce pelo compromisso do matrimônio e do nascimento, que criam laços e dependência. Neste sentido, e voltando a Foucault (2007), gostaria de refletir um pouco mais sobre o poder disciplinar. Quanto ao tema, Foucault (2007) assinala que:

Mientras el poder soberano se manifiesta esencialmente a través de los símbolos de la fuerza resplandeciente del individuo que lo posee, el poder disciplinario es un poder discreto, repartido; es un poder que funciona en red y cuya visibilidad solo radica en la docilidad y la sumisión de aquellos sobre quienes se ejerce en silencio. Y esto es, creo, lo esencial de la escena: el afrontamiento, la sumisión, la articulación de un poder soberano con un poder disciplinario. (FOUCAULT, 2007, p.39).

No mesmo texto também questiona quem são os agentes deste poder disciplinar. E eu, de minha parte, pergunto também como os agentes do poder disciplinar invisibilizam as sexualidades e suas problemáticas ou as produzem?

Foucault (2007) começa a esboçar o que será uma microfísica do poder disciplinar.

No se puede utilizar la noción de aparato del Estado porque es demasiado amplia, demasiado abstracta para designar esos poderes inmediatos, minúsculos, capilares, que se ejercen sobre el cuerpo, el comportamiento, los gestos, el tiempo de los individuos. El aparato del Estado no explica

esta microfísica del poder. (FOUCAULT, 2007, p. 33).

Foucault (2005) introduz a ideia do biopoder que me parece estar imbricada na ideia do SUS, e portanto, parte e condição da prática dos/as psicólogos/as entrevistados/as. Ao longo de seu trabalho, em diversos textos e aulas, Foucault destaca três tipos de poder que me interessam para esta análise: o poder soberano, o poder disciplinar e o biopoder. O poder soberano é o poder do rei que tem o direito de vida e morte (é o poder do pai na família); o poder disciplinar é o poder que é disseminado, imperceptível e que organiza os corpos; e o biopoder organiza e rege as vidas, é um poder não individual, senão de população e, portanto, biopolítico.

O poder do soberano se constitui num direito absolutamente dissimétrico porque pode matar ou deixar viver. No século XIX há uma transformação no direito político que consiste na substituição do direito de soberania por um novo direito que será inverso e trata-se de “...‘fazer’ viver e de ‘deixar’ morrer”. (FOUCAULT, 2005, p.287). (grifos do autor).

Aparece o problema da vida como conflito a ser pensado na política. Se, nos séculos XVII e XVIII, as técnicas de poder se centralizavam no corpo individual, no controle dos corpos, no disciplinamento dos corpos, individualizados, vigiados e treinados, durante a segunda metade do século XVIII há o aparecimento de uma tecnologia diferente do poder disciplinar. Este poder se integra com ela, sem supri-la, porém, complementa-a, constituindo-se de forma diferente e com o auxílio de novos instrumentos. Esta nova disciplina não está dirigida ao corpo individual senão ao corpo vivo, à vida dos homens. Não ao homem corpo senão ao homem espécie. Tentará, então, reger a multiplicidade dos processos da vida como: nascimentos, mortes, doenças etc. Para Foucault (2005, p. 289) tem-se, então, após a “anátomo-política” do corpo humano, a “biopolítica” da espécie humana. Surgem as primeiras demografias, o controle estatístico de natalidade, mortalidade, longevidade. São esquemas de controle e intervenção que tratam do controle das endemias populacionais e suas características. A medicina terá então o controle da higiene pública, coordenando tratamentos e organizando campanhas de higienização, medicalizando, assim, a população. O campo de intervenção e de poder da biopolítica se constituirá pelas práticas e intervenções de saber e poder sobre a natalidade, a morbidade, as incapacidades e os efeitos do meio de existência.

A biopolítica lida, portanto, com um corpo múltiplo, com uma população, com números. Dessa forma, os fenômenos aleatórios e imprevisíveis no plano individual e isolado tornam-se “constantes administráveis” em sua forma conjunta e passíveis de previsões e estatísticas. Em síntese, há a criação de mecanismos que possam prever e otimizar o estado da vida. Não é somente ficar ligado a um corpo, senão que se tratam de “mecanismos globais” que têm em conta “... os processos biológicos do homem-espécie e de assegurar sobre eles não uma disciplina, mas uma regulamentação” (FOUCAULT, 2005, p. 294) (destaque meu).

O poder disciplinar terá uma tecnologia centralizada no corpo que tenderá a produzir efeitos individualizantes. O corpo individualizado e com capacidades deve se tornar dócil e útil. Já o biopoder possui a tecnologia que aponta à vida, agrupando os corpos e seus processos biológicos num conjunto: a massa e seus efeitos. (FOUCAULT, 2005).

Assim destaca este autor:

Temos, pois, duas séries: a série corpo - organismo - disciplina - instituições; e a série população - processos biológicos - mecanismos regulamentadores - Estado. Um conjunto orgânico institucional: a organo-disciplina da instituição, se vocês quiserem, e, de outro lado, um conjunto biológico estatal: a bio-regulamentação pelo Estado. (FOUCAULT, 2005, p. 298).

No século XIX, a medicina e a higiene em conjunto criarão uma “técnica política de intervenção” que terá efeitos disciplinares e regulamentadores como assinala o autor já citado, a seguir:

De uma forma mais geral ainda, pode se dizer que o elemento que vai circular entre o disciplinar e o regulamentador, que vai se aplicar, da mesma forma, ao corpo e a população, que permite a um só tempo controlar a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica, esse elemento que circula entre um e outro é a “norma”. A norma é o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar. A sociedade de normalização não é, pois, nessas condições, uma espécie de sociedade disciplinar generalizada cujas instituições

disciplinares teriam se alastrado e recoberto todo o espaço – essa não é, acho eu, senão a primeira interpretação, e insuficiente, da ideia de sociedade de normalização. A sociedade de normalização é uma sociedade em que se cruzam, conforme uma articulação octogonal, a norma da disciplina e a norma de regulamentação. Dizer que o poder, no século XIX, incumbiu-se da vida, é dizer que ele conseguiu cobrir toda a superfície que se estende do orgânico ao biológico, do corpo à população, mediante o jogo duplo das tecnologias de regulamentação de disciplina, de uma parte, e das tecnologias de regulamentação, de outra. As ideias da medicina a respeito da indisciplinariedade da sexualidade e seus efeitos sobre o corpo, que pela indisciplina será punido e pelas doenças que esta indisciplina acarreta e o efeito no plano populacional, no que diz respeito a hereditariedade e a degenerescência. (FOUCAULT, 2005, p. 302).

Para Foucault (1999), o biopoder foi um elemento fundamental para a formação do capitalismo que se alicerçou com a incorporação controlada dos corpos na máquina produtiva. Para isto, o Estado garantiu as relações de produção e a biopolítica criados no século XIX, utilizando-os como técnicas de poder para todos os níveis sociais e em diversas instituições: escola, família, exército, polícia, medicina individual etc. Isto teve também o efeito de produzir segregação e hierarquias sociais, afirmando relações de dominação e hegemonia.

Será que posso, então, pensar numa microfísica disciplinadora que constitui o armário? Ou seja, não haveria um disciplinamento, uma não escuta, ou melhor, uma não percepção daquilo que está invisibilizado? E então seria possível que esta não percepção, naquela situação e lugar no qual se esperaria ser visto e acolhido - a relação com o psicólogo – feche e tranque as portas do armário? Ou seja, tenha um efeito que reforça o disciplinamento?

Esta não percepção poderia ser originada pela ausência de familiaridade com a temática, pela falta de formação e de discussões sobre o assunto, já que, como também foi assinalado nas entrevistas, a temática não integrou o currículo obrigatório de nenhum dos cursos de graduação e/ou pós graduação, nem se discutiu isso na formação dos/das profissionais entrevistados. Do mesmo modo, não tiveram oportunidade

de participar de cursos de formação ou capacitação específica nesta área, quando atuando na atenção básica à saúde.

A família é o ponto de ligação dos sujeitos com o poder disciplinar: “... es la instancia de coacción que va a fijar de manera permanente a los individuos a los aparatos disciplinarios, que en cierto modo va a inyectarlos en ellos”. (FOUCAULT, 2007, p. 105). Se a família tem duplo poder de fixar os indivíduos ao poder disciplinar, de encaixar e de fazer circular de um sistema disciplinar a outro, esta condição é indispensável para a manutenção do próprio sistema. Nesse caso, o que está “fora” da família não ficaria também “fora” do SUS? Seria esta uma possível explicação para a não “aparição” das travestis nas UBSs? (como será mencionado adiante). Na sociedade em que vivemos a família solidificou-se, contribuindo para o estabelecimento e a conformação do poder disciplinar. Para Foucault (2007):

La familia es el elemento de sensibilidad que permite determinar cuáles son los individuos que, inasimilables para todo el sistema de disciplina, no pueden pasar de uno a otro y, en definitiva, deben ser expulsados de la sociedad para entrar en nuevos sistemas disciplinarios que están destinados a ellos. En consecuencia, la familia tiene el doble papel de fijación de los individuos a los sistemas disciplinarios y de confluencia y circulación de los individuos de un sistema disciplinario a otro. (FOUCAULT, 2007, p.106).

É nesta organização de sistemas disciplinares que a família, como articuladora, surge lado a lado com a psiquiatria, conformando, no começo do século XIX, o que Foucault (2007) denominou de “função psi”:

...es decir la función psiquiátrica, psicopatológica, psicosociológica, psicocriminológica, psicoanalítica, etc. Cuando digo función no solo aludo al discurso sino a la institución y al propio individuo psicológico. Creo que esa es, en verdad la función de esos psicólogos, psicoterapeutas, criminólogos, psicoanalistas, etc. Y cuál es, si no ser los agentes de la organización de un dispositivo disciplinario que va a ponerse en marcha, a precipitarse, cuando se produzca un

vacio en la soberanía familiar? (FOUCAULT, 2007, p.110). (destaques meus).

Para Foucault (2007), a “função psi” surge como alternativa e contraposição à família e vai se disseminando e se estendendo aos diversos dispositivos disciplinadores (escola, oficina, exercito, prisão, hospital, unidades básicas de saúde etc), exercendo o poder de disciplina em face dos indisciplinados. Dentre estes indisciplinados derivarão aqueles incorrigíveis que se tornarão, portanto, os portadores de anomalias: os anormais.

A seguir trago um relato de caso colhido numa das entrevistas, no qual aparece esta temática:

Entrevistado/a: E... recentemente, houve uma situação que uma família nos procurou aqui no posto, que um dos integrantes acabou demonstrando um desejo homossexual, né? Uma menina que se apaixona por outra menina. E isso virou um carnaval muito grande dentro da família e nosso trabalho foi de pontuar, né? As características que definem aquela filha, enquanto pessoa. Então, dessas características que definem, a sexualidade é só uma, entre tantas, né?

Entrevistado/a: E porque essa uma, entre tantas, tem sido tão significativa? E a partir desse trabalho essa família foi ampliando sua percepção e hoje consegue relacionar-se de uma maneira um pouco mais suave com essa questão sexual dessa menina, que é uma adolescente. E hoje está... as coisas estão mais tranquilas. Ainda não tão tranquilas como poderiam estar. O preconceito ainda é muito forte... e uma não aceitação de achar que isso acabou com a família, que isso é o grande problema da família. Mas o que a gente percebe que só... que é uma menina, tem todas suas características colocadas em prática, né? Estuda, faz as coisas em casa, está com os problemas de adolescente, como qualquer outro adolescente, é... tem seus valores pessoais, tem sua parte cognitiva elaborada, tem seus conceitos de moral, de autoridade e o que for, e... e gosta de meninas... ponto. Todo o resto se mantém, só isto tem que ser relevado. O fato de ela gostar de meninas gerou essa confusão toda, tá? Esclarecido isso, os pais ficaram mais tranquilos. Porém, ainda é possível ficarem maaais tranquilos. Ainda estão um pouco tensos. (destaques meus).

A expressão “todo resto se mantém”, utilizada pelo/a profissional, pode sugerir que na ótica dele e da família há uma parte que não estaria mantida, estaria desmantelada, já que é o resto que se mantém. De outro lado, fica a dúvida acerca de como seria para eles se “o resto” não estivesse mantido, ou seja, se a menina em questão tivesse dificuldades na escola, por exemplo. Será que essas dificuldades não tingiriam a orientação sexual com uma outra tonalidade? Há uma exigência para que as pessoas que não se encaixam na heteronorma tenham que se sobressair, tenham que ser perfeitas e brilhantes em suas vidas profissionais, escolares, familiares, como se isso pudesse de alguma forma aplacar, esconder ou minimizar o choque ocasionado por sua “ousadia” em ser aquele que ocupou o lugar de transgressor reservado a alguém. Assim, “ser bom” facilitaria a aceitação daquele que sai da linearidade esperada entre sexo, gênero e desejo. Junqueira (2009), referindo-se ao rendimento escolar de estudantes homossexuais, assinala que:

Ademais, é preciso não descurar que a homofobia, em qualquer circunstância, é fator de sofrimento e injustiça. Também por isso, o astucioso argumento de que ela seria “menos grave quando não produz baixo rendimento, evasão ou abandono escolar” deve ser enfaticamente repellido. Afinal, inseridos/as em um cenário de *stress*, intimidação, assédio, não acolhimento e desqualificação permanentes, adolescentes e jovens estudantes homossexuais, bissexuais ou transgêneros são frequentemente levados/as a incorporar a necessidade de apresentarem um desempenho escolar irrepreensível, acima da média. Tal como ocorre com outras ‘minorias’, esse/a estudante tende a ser constantemente impelido/a a apresentar ‘algo a mais’ para, quem sabe, ‘ser tratado/a como igual’. Sem obrigatoriamente perceber a internalização dessas exigências, é instado/a a assumir posturas voltadas a fazer dele/a: ‘o melhor amigo das meninas’, ‘a que dá cola para todo mundo’, ‘um exímio contador de piadas’, ‘a mais veloz nadadora’, ‘o goleiro mais ágil’ etc. Outros/as podem dedicar-se a satisfazer e a estar sempre à altura das expectativas dos demais, chegando até mesmo a se mostrarem dispostos/as a imitar condutas ou

atitudes convencionalmente atribuídas a heterossexuais. Trata-se, em suma, de esforços para angariar um salvo-conduto que possibilite uma inclusão (consentida) em um ambiente hostil. Uma frágil acolhida, geralmente traduzida em algo como: ‘É gay, mas é gente fina’, que pode, sem dificuldade e a qualquer momento, se reverter em ‘É gente fina, mas é gay’. (JUNQUEIRA, 2009, p. 26). (grifos do autor).

Por outra parte, se penso a partir de Foucault que a sexualidade é entendida como central para o ser humano e que o dispositivo de sexualidade “diz” a verdade sobre o sujeito, tomada como central, posso pensar que o resto que se mantém confirma a ideia como central. Ou seja, o resto é acessório, o que sobra, e que, portanto, pressupõe a existência de um principal - a sexualidade -, e que por lógica, neste caso não estaria mantido.

5.5 O psicólogo/a e “os anormais”

Na seguinte fala, o tema da sexualidade é relacionado com a aparição do que Foucault (2002) chamaria de ‘criança masturbadora’ e de estratégias de controle/vigilância que incidem sobre os corpos infantis:

Entrevistado/a: minto... agora que tu me falou, lembrei de um caso foi ontem... terça feira. Um médico me ligou de uma unidade, um adolescente com uma sexualidade muito exacerbada... e, daí, ele pediu um atendimento... assim foi o foco bem voltado para essa questão, né? Mas, em geral... a... e algumas crianças que vêm... mas elas vêm num pacote... elas vêm pela questão da agressividade, pela auto, hetero agressividade, pela questão de... irritabilidade, de falta de desempenho escolar e, daí, esse pacote de... de... de comportamentos inadequados. Daí vem a questão da manipulação de sua genitália ou de coleguinhas, aí aparece isso, mas dentro de um contexto é... assim, específico mesmo. Assim, principalmente, em relação a orientação sexual, assim alguém que esteja em dúvida assim.

Adiante, voltamos ao assunto anterior e indago um pouco mais sobre o caso para buscar compreender a que exatamente estava se referindo o médico com sua demanda.

Pesquisadora: O que é sexualidade exacerbada, para o médico, o que ele quis dizer?

Entrevistado/a: Ah, ele fica assim... Ele fica se masturbando em público, né? Tem aquela questão de ficar se mostrando... e aí ...assim... a avó chegou com essa queixa e ele...

Pesquisadora: Mas que idade ele tem?

Entrevistado/a: Ah, eu não lembro, eu não lembro qual idade que tem, mas é uma idade que já compreende que não é para... né? Que, né? Determinadas coisas é pra fazer em um lugar privado e tal... eu não lembro a idade...

No curso de 1975, *Os anormais*, Foucault (2002) apresenta a concepção do conceito de anormalidade para o ocidente moderno. O anormal é conformado a partir de três elementos ou personagens: o monstro, o indisciplinado e o onanista. O monstro remete às leis naturais e às normas sociais; o indisciplinado ou incorrigível, que necessita de disciplina, visibiliza os dispositivos de correção e, o masturbador propicia a disciplina da família moderna. A criança masturbadora é, portanto, um dos pilares da construção do anormal. A criança vigiada pela família e pelo poder médico na cruzada contra a masturbação, originada no século XIX, aparece aqui mostrando o incômodo ainda engendrado pela sexualidade que transborda os limites da intimidade e da norma. A família vigia a sexualidade e o médico faz falar sobre ela.

A família colocará a sexualidade e a medicina em contato e, neste sentido, a família torna-se um agente medicalizador da sexualidade como se pode depreender do que Foucault (2002) afirma abaixo:

Em suma, um movimento de intercambio que faz a medicina funcionar como meio de controle ético, corporal, sexual, na moral familiar e que faz surgir, por um outro lado, como necessidade médica, os distúrbios internos do corpo familiar, centrado no corpo da criança. Os vícios da criança, a culpa dos pais chamam a medicina a medicalizar esse problema da masturbação, da sexualidade da criança do corpo em geral da criança. Uma engrenagem médico familiar organiza um campo ao mesmo tempo ético e

patológico, em que as condutas sexuais são dadas como objeto de controle, de coerção, de exame, de julgamento, de intervenção. Em suma, a instância da família medicalizada funciona como princípio de normalização. É essa família, à qual foi dado todo poder imediato e sem intermediário sobre o corpo da criança, mas que é controlada de fora pelo saber e pela técnica médicos, que faz surgir, que vai poder fazer surgir agora, a partir das primeiras décadas do século XIX, o normal e o anormal na ordem sexual. A família é que vai ser o princípio de determinação, de discriminação da sexualidade, e também o princípio de correção do anormal. (FOUCAULT, 2002, p. 321-322).

O poder médico se introduz no poder familiar de duas formas, a primeira na confissão da sexualidade e, a segunda, na transmissão do saber médico como eixo do controle masturbatório. Produz-se um deslocamento da confissão da sexualidade que, vigiada pelo poder familiar, somente poderá ser revelada ao médico, de sorte que:

A sexualidade é esse gênero de coisas que podem ser ditas ao médico. Intensidade física da sexualidade na família, extensão discursiva fora da família e no campo médico. A medicina é que poderá dizer a sexualidade e fazer falar, no mesmo momento em que é a família que a faz aparecer, pois é a família que a vigia. (FOUCAULT, 2002, p. 318-319).

Na sequência da entrevista, o/a entrevistado/a refere que:

Entrevistado/a: ou que tenha uma questão conflito de casais homos, né? Assim, que tenham conflitos conjugais também. Não é o que é o foco o que leva a pessoa procurar. É porque ela está tristonha, melancólica, apática, irritada, agressiva e... aí, dentro de todas essas questões, aí aparece, às vezes, um conflito conjugal daí... eu já atendi, é... uma paciente, né? Que tinha um problema, né? Com sua parceira e ela veio buscando o atendimento... e aí tinha uma questão do conflito, mas era o conflito e mais... mais outras questões, aparece sempre...

Na avaliação do/da entrevistado/a parece não haver diferença entre homossexualidade e heterossexualidade. No entanto, o que poderia refletir a ausência de preconceito e ou discriminação, o que seria desejável no sentido ao menos do “borramento” da concepção binária, poderia tapar a visão para as especificidades de cada situação vivida que, certamente, não são equivalentes, pois estar fora da norma não é igual a estar em conformidade com ela. No caso relatado, dessa forma, é possível que, além do conflito conjugal causador da tristeza, pudesse haver algum sofrimento psíquico relacionado ao armário imposto pela orientação sexual o qual, segundo o relato, parece não ter sido considerado, em razão de não haver sido expressado verbalmente pela usuária.

Nesse sentido, Fernandez (2008) destaca que:

Los profesionales ‘psi’ tienen, en general, poca disposición a genealogizar el surgimiento de sus campos de la ‘urgencia’ social para la que sus profesiones fueron y son respuestas. Esto no es bueno ya que los coloca en una rentable ingenuidad respecto a la inscripción social de sus profesiones. Esto no es bueno, ya que les impide diferenciar cuando intervienen en problemáticas donde es absolutamente pertinente su bagaje de saberes y prácticas y cuando realizan ortopedias sociales. Dichas ortopedias llenan de sentido ‘psi’ aquello que debería errar en sus propias vacancias, aquello que debería quedar abierto- errante- para no cesar de interpelarnos; aquello que podría instituir nuevas significaciones sociales. (FERNANDEZ, 2008, p. 93-94). (destaque meu).

Em outra entrevista a temática das sexualidades aparece também com um relato de caso:

Pesquisadora: E adolescentes, jovens que, de repente, começam a se descobrir, têm aparecido? Não têm aparecido? Não tem nenhuma referência dos... das profissionais de família?

Entrevistado/a: Tem, tem... né? Estou me lembrando... de uma... agora me lembrei assim, de uma adolescente... que... tu falou de adolescente eu lembrei... há um... mais ou menos um ano atrás, né? Que veio trazida pela mãe, uma menina nova, assim, acho que ela tinha no máximo 15 anos. A mãe trouxe a partir de uma.... uma solicitação da diretora da escola, que falou para mãe que a

menina estava ficando com meninas, né? Para a mãe levar num psicólogo. E daí a... mãe trouxe ela no psicólogo, né? Num primeiro momento eu conversei com as duas junto, né? A mãe colocou isso... e depois eu comecei a atender a menina individualmente, né? E o que... o que ela me disse é... que ela gostava de mulheres, que ela não tinha nenhum problema em relação a isso, quem tinha esse problema era a mãe e pra eu atender a mãe, né? (*risos*). (destaque meu).

Como se vê neste caso, em razão de tantas dificuldades que rodeiam o trabalho da saúde pública em geral, os profissionais das UBSs dificilmente tem a possibilidade de chegar até a escola que encaminhou a família a fim, não de impedir o encaminhamento, mas de esclarecer, trocar ideias sobre as sexualidades.

Numa outra entrevista também houve o relato de um caso em que a família trouxe a “criança” por causa de sua sexualidade

Pesquisadora: E me diz uma coisa, e, por exemplo, famílias, pais, mães que, assim como tu dizes, que apareceu na questão da escola, mas pais ou mães que dizem: olha meu filho está ficando... meu filho menino está ficando com meninos, minha filha menina está ficando com meninas...

Entrevistado/a: Ah, falando disso, eu me lembrei de um caso que eu faço, de um atendimento que eu faço, que é uma mãe que... ela... ela descobriu que a filha adolescente, né? E a mãe já tinha tido uma experiência homossexual, mas hoje a mãe era casada. A mãe na entrevista inicial... geralmente quando, quando, tenho tem encaminhamento, eu faço uma entrevista inicial com a família, falou disso, né? Que a... que ela já tinha tido uma experiência homossexual também, que ela namorou uma outra mulher, mas que estava casada com um homem e que a filha então tinha 12 anos. Ela está há um ano comigo, a filha. Aparentemente, pelo que a menina tinha dito para ela, também namorava meninas e que a família lidava bem com isso, só que a mãe estava preocupada, estava um pouco preocupada porque ela, ela... ela isso não era tema, de ela namorar meninas, mas ela estava se envolvendo com situações de risco, então estava bebendo álcool, estava indo direto lá no Bob's, que é um... acaba sendo um... uma ref... espaço de referência, né? E matando aula para ir pra lá. Então a mãe estava preocupada com isso. Então ela foi uma menina que a gente começou a atender, fiz algumas sessões

individuais e depois... em grupo... a... ela realmente a... o... né? Ela se descreve como homossexual, ela namora meninas, ela participa do meu grupo de apoio, mas isso não é uma restrição, né? Então, ela gosta, ela se veste como menino, ela se identifica com isso, ela diz que ela é uma menina, né? O nome dela é o nome de origem, não usa nome social nada, só que ela gosta de se vestir assim. Isso gerou um pouco de estranhamento pra mãe assim: “mas filha, tu não precisas te vestir de menino para namorar garotas, a mãe também namorava, mas a mãe se vestia normal...” Teve um momento de, assim, de estranhamento dessa mãe, porque a... a filha estava realmente o... a... assumindo outro gênero, mas, depois que isso foi discutido e abordado em sessão familiar, deixou de ser tema, né? Então hoje a... o que a gente trabalha mais por exemplo com essa menina, são esses comportamentos de risco que ela, que ela tem... de beber de mais, de faltar a aula, de querer namorar no corredor do colégio... como querendo causar uma reação, acaba sendo nisso e não tanto... que ela não traz como queixa ... ou como é que é pra ela, namorar meninas, o fato de ela namorar meninas, a menina traz e está resolvido, assim, o que ela... enfim se e se... se ela gosta de meninas, então eu vou trabalhando o que aparece como, como dificuldade assim, né? E a mãe também pode... tolerar bem e lidar com isso, né? E... de... dando mais espaço para a filha e a filha está num grupo de adolescentes e a receptividade é bem grande. Assim, e o grupo nunca... ela já trouxe uma amiga uma vez no grupo, que não sei se era a namorada, mas veio junto e o grupo acolhe bem. É um grupo de adolescentes mesmo, né? Eu, falando, penso se não tem... assim, algo de evitativo, né? Porque isso não acaba aparecendo mesmo como tema, né? A questão da... das... práticas sexuais. Não sei... não sei te dizer se, assim, é uma coisa que vou refletir a partir de nossa conversa, assim. (*Risos*). (destaques meus).

Esta mãe que não aceita que a filha, de alguma maneira, assuma as características que se esperam para outro gênero, está questionando a identidade, está apontando a uma questão de identidade. É isto que a mãe não consegue suportar. Neste caso, o problema não é com a orientação sexual da filha, ou seja, se ela namora ou fica com meninas, com pessoas do mesmo sexo, mas, sim, com a possibilidade de uma mudança de gênero. Popularmente se diz “tudo bem que seja gay, mas não precisa desmunhecar”. O que há implícito nesse “desmunhecar”?

Há implícita a possibilidade de ambiguidade, que se torna insuportável. Posso pensar, então, que o que se apresenta aqui é um problema de identidade. Identidade? Idêntico a que? Idêntico àquilo que se pressupõe de antemão que deveria ser. Idêntico àquilo que é o esperado, o que se enquadra na norma. Neste sentido, Butler (2003, p. 37) também pergunta: “O que pode significar ‘identidade’, e o que alicerça a pressuposição de que as identidades são idênticas a si mesmas, persistentes ao longo do tempo, unificadas e internamente coerentes?”. Na perspectiva da autora, a inteligibilidade das pessoas está relacionada com o gênero. Só é possível se tornar inteligível a partir de uma identidade de gênero, de sermos genericados. “... as ‘pessoas’ só se tornam inteligíveis ao adquirir seu gênero em conformidade com padrões reconhecíveis de inteligibilidade de gênero”. (ibid). (grifos da autora). Na ambiguidade, a identidade obviamente se dilui. Por isto, concordo com a autora quando enuncia que: “Os gêneros ‘inteligíveis’ são aqueles que, em certo sentido, instituem e mantêm relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo”. (BUTLER, 2003, p. 38).

Todavia, importa salientar que, segundo a autora, para que o desejo possa ser tornado heterossexualizado, é necessário que existam posições assimétricas entre os pares feminino/masculino, correspondentes aos atributos macho/fêmea. O gênero será entendido, assim, a partir de uma matriz cultural que permite a inteligibilidade dos gêneros e que determina a impossibilidade de existência de práticas que não respondam a esta linearidade. Aquilo que não “decorre” desta linearidade, em suma, a esta identidade termo a termo, será factível de ser pensado como falho no seu desenvolvimento ou logicamente impossível, justamente por não ser completamente inteligível para este padrão cultural. (BUTLER, 2003).

No mesmo sentido, Fernandez (2009), por sua vez, destaca que estamos em tempos em que “a sexualidade” se desarticula, para se tornar múltipla, tornar-se sexualidades e, assim:

Des-disciplinamientos de un orden sexual, que dislocan, transtornan la norma, la vuelven loca. Transtorno de la norma identitaria de los sexos/géneros. Desejos desalojados, renegados, forcluidos para posibilitar circulaciones restringidas por senderos preestablecidos, retornan hoy desquiciando, dislocando, transtornando, haciendo visible lo que nunca

estuvo ausente; un polimorfismo deseante cuja novedad no es su presencia, sino su exigencia, su insistencia de ser. De ser-ahí, de ser-ahora y de ahora- en- mas-siempre-otro-cuerpo. Presente, material, sin retorno. (FERNANDEZ, 2009 p.159).

Quando uma mãe, que relata haver tido alguma experiência homossexual no passado, pergunta-se pela sexualidade da filha e aceita a orientação sexual, mas não a mudança de gênero que seria marcada, aparentemente, pela aparência que a filha toma, posso pensar que há uma reversão daquilo que está estabelecido, até porque a mãe se coloca como modelo, que já “transgrediu”, mas não tanto. Nos conhecidos jargões populares “pode ser gay mas não precisa desmunhecar” ou “pode ser lésbica mas não precisa ser caminhonheira” há um indicativo de tolerância: tolero o que não me agride, o que não me violenta na minha constituição do meu gênero. Fora isso o vazio? Tolerar o que não põe em dúvida o gênero e, não pondo em dúvida o gênero, não põe em dúvida minha identidade. E o que há fora do genericado (marcado pelo gênero estabelecido) que causa tanto temor? A ambiguidade, o não ser? É o dispositivo de sexualidade abrindo-se para uma linha de fuga, é o dispositivo dando espaço sem querer. Haverá, no entanto, severa pressão, como a que vemos, para rencaminhá-lo, reorganizá-lo, bem como por estratégias para reforçá-lo. Na mesma entrevista se menciona o fato de parecer que a menina namorar na escola seja um modo de afrontar ou de provocar alguma reação por parte da instituição. Porque seria uma afronta? Cabe aqui pensar que, muito possivelmente, se namorasse alguém do sexo oposto isto não seria considerado ofensa.

5.6 Busca de Origem: genética da homossexualidade

Uma outra questão que chamou a atenção dentre os relatos dos/as entrevistados/as é a que se relaciona à busca de uma origem para a homossexualidade, como se esta origem pudesse justificar algum tipo de trabalho específico ou não, a cura ou não de uma patologia.

Assim destaca Sousa Filho (2009):

O *homossexual* seria sempre alguém que teria uma sexualidade a ser esclarecida, investigada, por ele próprio e pelos outros, pois não coincide

em relação à uma pretensa normalidade sexual (que seria também normalidade psíquica, moral, social). Na boa ‘tradição europeia da confissão, que começa pela confissão católica e desemboca na psicanálise’ (FOUCAULT, 2004, p.30), o homossexual é sempre visto como aquele de quem se deve extrair a *confissão* de sua sexualidade. A homossexualidade como desvio, para cuja existência pesa uma causa específica (talvez variando conforme o caso), é objeto das mais variadas fantasias... das crendices da opinião popular às dos consultórios médicos e dos divãs, passando pelos laboratórios universitários de pesquisa. (SOUSA FILHO, 2009, p.104).

Segundo esse autor, não somente há teorias genéticas, se não que há variadas teorias sobre a origem da homossexualidade, sejam propostas por diversas religiões ou por diversas psicologias, além das ideias de biólogos sobre o assunto. Contudo, a ideia central sempre seria a mesma: “... a homossexualidade seria um fato, na vida do indivíduo afetado, que se tornaria possível explicar por alguma *causa específica*.” (SOUSA FILHO, 2009, p. 96).

Assim a entrevista continua:

Pesquisadora: E se viesse alguém que te diz: olha, eu não estou, não sei o que eu faço... não estou definido, não sei, eu acho que eu quero curar da homossexualidade. O que tu falarias?

Entrevistado/a: Bom... primeiro eu teria que investigar com ele o que ele acha a respeito da sexualidade, né? Que é que ele acha a respeito do homossexualismo, do que ele pensa que é. Se ele acha que isso daí é doença, se não é doença, e eu iria trabalhando conforme aquilo que ele vai me trazendo, né? Não necessariamente eu vou dizer para ele isso daí é doença ou não é doença.

Pesquisadora: Mas o que é que tu achas?

Entrevistado/a: Eu acho que tem um componente genético que já foi estudado, né? Que algumas pesquisas indicam isso, mas que componente genético não significa doença, né? Componente genético é cor de olho, cor de cabelo, cor da pele, independentemente de dizer o.... quem tem olho castanho é uma pessoa doente. Não, né? São traços que a gente vai trazendo.

Pesquisadora: E então esse componente genético... que tu dizes que existe, o que tu pensas? Que é doença, não é doença....

Entrevistado/a: Não, não considero como doença. Eu considero como um componente genético. (destaques meus).

Acerca do tema, Sousa Filho (2009) assinala que:

Não é desconhecido de ninguém que teorias e ‘pesquisas’ de muitos tipos procuram causas (biológicas, psicológicas, sociais, ‘espirituais’) para a homossexualidade, deixando entender que os indivíduos concernidos na prática da homossexualidade – ditos *homossexuais* – têm qualquer coisa a menos (ou a mais) que os outros (um gene, um pedaço do cérebro, hormônios, um instinto congênito ou adquirido etc.), são indivíduos que sofreram algum ‘desvio’ ou ‘suspensão’ no chamado ‘desenvolvimento sexual normal’ ou ‘inversão quanto ao objeto sexual’. Estas últimas sendo crenças muito difundidas ainda hoje entre psicólogos e psicanalistas – confundindo-se aí todas as correntes – exceções isoladas à parte. (SOUSA FILHO, 2009, p. 95).

Continuando com a mesma entrevista:

Pesquisadora: Mas esse componente genético vem com a pessoa... e... não sei, tu dizes que tem pesquisas que já comprovam isso, eu não conheço as pesquisas, por isso que estou te perguntando, como é que funciona para ti?

Entrevistado/a: Não é que comprovem, porque até hoje não tem nada comprovado. Não tem nada que diga assim: que o homossexualismo é desenvolvido através de nossa genética ou de herança cultural ou da interação com o meio. Até hoje a gente não tem, então não tem como afirmar, né? Dizer ou é doença ou isto ou aquilo, estaria sendo assim um tanto quanto ingênua, né? Então, existem pesquisas que tendem a indicar componentes genéticos, outras pesquisas acreditam que o ambiente pode estar favorecendo o desenvolvimento de uma homossexualidade. Outras pesquisas dizem que a maneira como o pai e a mãe trataram a criança que a criança vai se desenvolver dessa forma. Eu tomo muito cuidado quanto a isso, né? Eu não coloco nem

como uma doença, nem como componente social totalmente de... eu vou vendo assim... a angústia da pessoa, né? Tem que trabalhar sua queixa, se ela se sente confortável com aquilo. Eu acho que é o que a gente precisa, né? (destaques meus).

O determinismo biológico, assinala Sousa Filho (2009), elide o social, a cultura a história e a política da vida em sociedade, estabelecendo uma sociedade que seria dominada por genes, neurônios, hormônios e sem instituições culturais ou sociais. “Em outros termos, uma ciência do social sem sociedade”. (SOUSA FILHO, 2009, p.112).

A entrevista continua com a fala a seguir:

Pesquisadora: E se ela não se sentir confortável, tu achas que esse desconforto vem do que?

Entrevistado/a: O desconforto vem muito do preconceito, né? Do preconceito, às vezes do lugar onde a pessoa está, do preconceito dela com ela mesma, de não conseguir se expor na sociedade diante das brincadeiras que vão acontecer, de como vai ser tratada, de como vai poder ser excluída pela sociedade. A sociedade, ela é muito excludente, né? Se a gente não está dentro do que é o padrão esperado, então as consequências, elas às vezes não são tão boas.

Pesquisadora: E nesse sentido, então, o que é que tu imaginas? Como é que tu trabalharias?

Entrevistado/a: Ó... eu trabalharia sempre a queixa. Vai conforme a pessoa vai trazendo, né? Se é um preconceito dela, a gente vai ver, como é que ela vai lidar com esse preconceito, como seria outros preconceitos também, né? Preconceitos de uma pessoa contra alguém que tenha uma deficiência física, são preconceitos, independentemente que seja de raça, de gênero, físico ... (destaques meus)

Pesquisadora: E tu não achas que tem alguma especificidade, que teria alguma especificidade nessas questões?

Entrevistado/a: Olha, sinceramente, eu acho que não. Sinceramente, eu acho que preconceito independe, né? Preconceito é uma ideia já preconcebida que tu estabelece. A gente cria algumas crenças e vivencia essas crenças como se fossem verdadeiras, né?

Quando fala de “preconceito com ela mesma”, a entrevistada parece estar se referindo ao que alguns autores chamam de homofobia interiorizada. Por outro lado, não sei se o preconceito sofrido por pessoas não heterossexuais pode ser chamado de “brincadeira”. As noções de degeneração e de hereditariedade propiciam o surgimento de um racismo particular que tem como objeto os anormais, portadores de defeitos, estigmas ou estados capazes de transmitir por meio da herança o anormal que portam em si. Como portadores do perigo, dão lugar ao racismo e ao eugenismo da Europa do fim do século XIX. Porém, destaca Foucault (2002), inclusive depois que a psiquiatria “se desembaraçou do racismo”, ainda continua como instância defensora do social e com atribuições de determinação de periculosidade desde os pontos de vista médico, jurídico e patológico.

Em relação a este tema, Sousa Filho (2009) assinala que é necessário desfazer o engano do determinismo biológico em que algumas pessoas homossexuais caem por acreditarem possível achar uma origem e, conseqüentemente, uma cura ou uma desculpa:

...nos favores da genética uma maneira de enfrentar o preconceito: admitindo a tese segundo a qual a homossexualidade é um fenômeno enzimático, endocrinológico, ou genético, teria se chegado assim ao patamar no qual se poderia impor a verdade de uma ‘homossexualidade natural’, seguindo o engano de uma ‘heterossexualidade natural’. Poder-se-ia, dessa forma, combater os preconceituosos, o discurso religioso, alegando a natureza natural da homossexualidade – espécie de apelo à sociedade para que aceite os homossexuais, pois tratar-se-ia de algo da ordem do nascimento (estaria, pois, nos planos do Criador) em relação ao que ‘não se pode ir contra’. Mais uma vez o preconceito vencerá caso se caia nessa armadilha: ora, a aceitação da homossexualidade deve acontecer na sociedade por sua mudança de conceitos, paradigmas, valores e não por acomodação a uma pretendida ‘verdade’ que estaria na ‘própria constituição genética’ dos homossexuais. (SOUSA FILHO, 2009, p. 118-119).

Consonante com autor anterior, Luis F. Rios e Ítala Nascimento (2007), apontam a importância de lembrar que:

...o discurso da ‘condição’, do biologicamente inato, pode abrir o flanco para propostas de tratamento baseadas nas promessas, por exemplo, de uma genética da sexualidade; ou, e ainda mais perversamente, de uma completa desumanização dos supostos degenerados, como na ideia que sustentou os campos de concentração homossexuais durante o nazismo. (RIOS; NASCIMENTO, 2007, p. 13).

Na mesma entrevista:

Pesquisadora: Se alguém vier te dizer, olha, estou sofrendo com essa minha orientação sexual e quero me curar?

Entrevistado/a: De novo, né? Perguntar para ela o que é que ela acha a respeito disso. Para ela, o que é homossexualismo? Porque que ela quer se curar? O que é que está acontecendo com ela ao ponto de ela querer se curar? Como é que está a relação dela com os outros? Iria investigar dentro desse aspecto um pouco mais social...

Pesquisadora: E tu achas que, por exemplo, uma pessoa que está sofrendo preconceito, como tu diz, que essa pessoa pode estar sofrendo preconceito, teria possibilidade de marcar para o grupo? Como é que tu achas que seria? Viria?

Entrevistado/a: Estou tentando me lembrar se já veio alguém assim no grupo. Acho que já teve, sim. Uma moça que veio no grupo e falou a respeito de sua opção sexual... teve outra que veio ao grupo e falou que ela era HIV positiva, também. Tem uma outra que veio pedindo... não... veio, veio encaminhada, solicitando suporte do preconceito que ela estava sofrendo no trabalho, relativo a hepatite, que ela possui... mas aí eu acabei me perdendo, estava tentando lembrar das coisas e me perdi de tua pergunta.

Pesquisadora: Certo, tu pensaste em pessoas que podiam ser alvo de preconceito e vieram no grupo. Isso é... eu te perguntei como é que tu achas que essas pessoas que, talvez já tenham... sejam alvo de preconceito, como tu mesma falaste, como é que se sentiriam, se viessem no grupo? Participariam no grupo?

Entrevistado/a: Alguns vêm, mas a maioria acaba, acho, que não vindo, né? Por receio, né? De ser conhecido, de se revelar para

outras pessoas... até eu mesma... em relação a suicídio, porque tem gente que tenta se matar e ainda tem vergonha de falar para outros essas coisas, né? Outros falam abertamente... ah, tentei tantas vezes, fiz assim, assim, assado, nunca deu certo... (destaques meus).

Como já foi assinalado em outras entrevistas pode-se identificar uma dificuldade em se aproximar dos grupos que é percebida pelo/a profissional entrevistado/a, o que faz pensar que é importante avaliar estratégias alternativas já que como um/a dos/as entrevistados assinalou nem todos/as os/as pacientes tem indicação para grupo. Como foi também já mencionado os/as profissionais da psicologia que trabalham nas UBSs de Florianópolis devem cumprir com 60% de seu trabalho focado a grupos diversos e matriciamento, restando 40% para atendimentos individuais. Nas falas precedentes verifico que o/a entrevistado/a percebe a dificuldade de atendimento a pessoas com sofrimento psíquico, (inclusive severo), que, dificilmente, como relata, se aproximariam do trabalho em saúde mental das UBSs. Se não tiverem chance de atendimento individual ou de algum outro tipo de apoio, incerto é pensar o que poderia acontecer com esses usuários.

Neste sentido, Toneli (2008) destaca que:

No campo da Psicologia, a influência dos modelos “fisicalistas” (universalista, redutor à natureza, próximo do essencialismo biomédico), por um lado, e dos modelos “românticos” (simbolizantes e psicossociológicos), por outro, continuou marcando a produção científica que se expressa ora em busca de uma perspectiva universalizante generalista, ora em busca das especificidades dos processos de singularização. Ou seja, a sexualidade e suas expressões são tratadas de uma forma ou outra dependendo da tradição teórica que ilumina os trabalhos (TONELI, 2008, p. 64).

Estes modelos, a busca da origem podem levar a pensar numa possibilidade de “cura”, que por outra parte, desresponsabilizaria o sujeito não heterossexual porque a sua sexualidade teria uma determinação genética e portanto não teria “culpa de ser assim”.

6 SOBRE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

El pensar sobre una vida posible es un lujo
 sólo para aquellos que ya saben que son posibles.
 Para aquellos que todavía están tratando de convertirse en posibles
 es una necesidad.
 (Judith Butler, 2006, p.310).

O atendimento a travestis e transexuais por parte dos/as profissionais da psicologia entrevistados/as não existe. Nenhum/a referiu ter atendido alguma pessoa travesti ou transexual nas UBSs. Vário/as, inclusive, desconhecem se alguma pessoa travesti ou transsexual buscou o atendimento nas UBSs. Sobre o porquê desta ausência, em geral, os/as entrevistado/as não souberam responder, embora alguns tenham levantado hipóteses como: a ausência seria devida à pressuposição do próprio público de que não seria bem tratado, o que eles/elas mesmos/as confirmam; ou a pressuposição de que seria uma “projeção” das travestis acerca da rejeição de que são vítimas. Pareceu-me que foi a primeira vez que alguns deles pensaram no assunto.

A seguir apresento alguns trechos de entrevistas sobre esta temática

Pesquisadora: E o que tu achas que acontece? Porque que tu supões ou imaginas... o que pode acontecer para que as pessoas não procurem?

Entrevistado/a: Eu acho que é pelo... pelo... pela falta de acolhimento da equipe mesmo, assim... eu acho que essas pessoas buscam, devem buscar muito pouco atendimento de saúde, porque elas devem ser maltratadas, devem ser mal acolhidas, né? Eu... eu sei lá porque... porque essas pessoas não estão aqui. (destaques meus).

Pesquisadora: Por exemplo, tem o uso do nome social das travestis que, pelo que eu tenho conhecimento, foi aprovado e, inclusive e, pelo que me parece, foi inclusive divulgado. Você teve informação sobre isso?

Entrevistado/a: Não, não.

A fala que antecede é clara na percepção dos preconceitos que estas pessoas podem sofrer. Sobre este ponto, Larissa Pelúcio (2009) destaca que, nos dados recolhidos em pesquisa em São Paulo, verifica-se que, ainda que haja um interesse em frequentar UBSs por alguma das ofertas dos serviços de saúde, este interesse não se concretiza em atendimentos efetivos ou em vínculos com as UBSs. A autora atribui essa dificuldade a questões que dizem respeito à especificidade desta população associada a questões sobre travestilidades e prostituição que não têm sido contempladas pelos/as gestores de políticas públicas. Uma outra dificuldade apontada refere-se a que, de fato, o sistema não tem ainda como responder às necessidades de saúde específicas das travestis, que: “Distantes da lógica burocrática que rege os serviços de saúde, ou buscando driblar os obstáculos sociais que impedem que elas adotem um nome e uma aparência que não aqueles determinados pelos poderes instituídos no campo jurídico e médico, muitas travestis enfrentam constrangimentos constantes. E os enfrentam como podem”. (PELÚCIO 2010, p. 81).

Na fala do/a entrevistado/a acima verifica-se, também, que a possibilidade do uso de nome social nas UBSs não foi suficientemente divulgada. O uso do nome social foi aprovado pela Portaria nº 1.820, do Ministério da Saúde, de 13 de agosto de 2009, que, em seu artigo 4º, inciso I, dispõe:

Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos.

Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe:

I - identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou

preconceituosas.” (BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria Nº 1.820, 2009)

É muito importante ressaltar e valorizar a iniciativa do Governo Federal na elaboração deste documento, com a inclusão fundamental à identidade de gênero. Esta iniciativa, porém, deveria estar acompanhada de estratégias de comunicação apropriadas que possibilitassem o seu cumprimento. A Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis também redigiu e publicou a Portaria/SS/GAB/Nº 026, que entrou em vigor em 2010, a qual determina que: “os serviços de saúde do Município de Florianópolis adotem um novo campo nas fichas de saúde dos usuários, onde se poderá colocar o nome social se assim o desejarem, respeitando sua identidade de gênero”.²⁶

São relevantes as iniciativas de ambas as portarias, uma em nível nacional e outra em nível municipal. Não obstante o empenho na formulação das regras, a divulgação destas a todos os profissionais que trabalham na área da saúde deixa a desejar, pois nem todos os/as entrevistados/as as conhecem.

Numa outra entrevista se destaca também a ausência das travestis das UBSs:

Pesquisadora: E aqui na unidade não atendem nenhuma travesti? Que procure nesta unidade ou noutras que tu tenhas notícia pelos grupos?

Entrevistado/a: Olha... eu, eu imagino que sim... eu, assim, se eu atendi em algum momento foi uma entrevista, né? Até eu tinha curiosidade, assim, tinha vontade de... de saber como é que é. Mas nunca atendi travesti. (destaque meu)

Pesquisadora: E não sabes de ninguém... de... aqui do distrito?

Entrevistado/a: Não. A outra psicóloga que tenha... não sei muito do trabalho dela... não sei o que ela faz...

Pesquisadora: Nenhum médico trouxe nada...

Entrevistado/a: Não. Não que não tenha, mas que eles coloquem isso como uma queixa e uma demanda de atendimento em saúde mental... não, não, não chega.

Pesquisadora: Não chega como demanda de atendimento de saúde mental e não chega como nenhuma dúvida da equipe?

²⁶Portaria Portaria/SS/GAB/Nº 026. Disponível em:

<<http://www.abgl.org.br/docs/Florianopolis%20Portaria%20026%202010.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2012.

Entrevistado/a: Não, não lembro.

Pesquisadora: Como é que tu achas que essa população poderia ser atendida aqui nas unidades?

Entrevistado/a: Como qualquer outro paciente, né? Que vai na unidade e solicita algum tipo de atendimento... muitas vezes eles fazem é.... acompanhamento médico. Estou falando dos pacientes em geral, né? Em algum momento desse acompanhamento médico, eles solicitam né? Vão num médico com uma queixa e durante o atendimento aparece uma outra coisa, né? Ou é.... às vezes eles vão nas unidades e solicitam diretamente acompanhamento é... acompanhamento... psicológico, né? Eu acho que atendi um, não me lembro não... mas não foi eu que atendi, foi uma colega que atendeu, alguns anos atrás, quando trabalhava é... lá (*a/o entrevistado menciona o nome de uma UBSs*). Foi uma colega que acho que estava atendendo, né? Mas a gente atende o que chega, claro, claro... (destaques meus).

Neste ponto, coincido com Perilo, et al. (2009), pesquisadores do Ser-Tão Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero e Sexualidade da Universidade Federal de Goiás, que realizaram uma pesquisa na qual, em seu relatório final e no capítulo: *Entre a AIDS e a integralidade: a integralidade: travestis, transexuais, bissexuais, lésbicas e gays nas políticas públicas de saúde no Brasil*, destacam que: tanto as travestis como as transexuais sofrem dificuldades de acesso no atendimento em saúde, tanto na rede pública como na privada e que isto piora quando o atendimento procurado não está orientado a sua transsexualidade ou relacionado à AIDS.

Como se destaca no trecho da entrevista a seguir, há o foco no discurso preventivo de DSTs/ AIDS:

Pesquisadora: As travestis não chegam para a psicologia em outras áreas que tu tens matriciado, por exemplo, que alguém tenha comentado?

Entrevistado/a: Eu acho isso bem estranho, assim. Nunca chegou para mim uma pessoa travesti. É bem estranho. Já chegou, assim, de questões, assim, que já chegou, foi pessoas com HIV e que... que... e a gente discutiu alguns casos de de não colocar em grupo... numas situações, né? Que deixam uma escuta individual, né? Mas é... HIV na... no... por questões assim... relacionadas a... a... que são questões que... que a pessoa não se sentiu a vontade,

né? Com as questões, assim, de HIV, sim, mas em relação a outros tipos de situações... (destaque meu).

Pesquisadora: E porque tu pensas que não aparece tanto assim, que a sexualidade não aparecia tanto, as travestis não procuram atendimento, o que tu achas?

Entrevistado/a: Eu não sei se é por conta que eles não... não... não procuram um centro de saúde... eles não chegam, não chegou até mim, assim, não sei se chega a passar pelas equipes de saúde da família, mas, de chegar até a psicologia, de chegar até mim, não apareceu. (destaque meu).

Quanto a estes aspectos, Pelúcio (2009) ressalta que:

O que o discurso preventivo parece não considerar é que o problema das travestis é o estigma e não a AIDS. Assim as medidas de prevenção dirigidas a elas não se efetivam (pelo menos não na proporção desejada pelos/as profissionais da saúde) porque o entorno em que elas vivem permanece o mesmo. O que as coloca em permanente “risco” não é uma doença que pode levar até dez anos para se manifestar, mas a dor do estigma que as expulsa de casa, fecha a porta da escola e, consequentemente, limita as possibilidades do mercado de trabalho. Essa constante abjeção restringe suas vidas ao competitivo mercado do sexo, à noite nas esquinas. Essa realidade leva muitas travestis a um processo depressivo associado, frequentemente, ao envolvimento com drogas lícitas e ilícitas. (PELÚCIO, 2009, p. 132).

A autora também menciona ter constatado em sua pesquisa que, de acordo como algumas de suas informantes, o problema das drogas é muito mais grave para as travestis que o problema da AIDS. Assim: “Historicamente as travestis têm tido sua ontologia questionada justamente porque seus desejos não têm sido vistos como humanos, por isso podem ser desautorizados, ridicularizados, medicalizados, criminalizados ou todas essas coisas juntas”. (PELÚCIO, 2010, p. 82).

Noutra entrevista relata-se a presença de uma travesti que, sim, frequenta uma das UBSs:

Pesquisadora: E tem vindo alguma travesti ou transexual pedir, fazer consulta?

Entrevistado/a: Eu não atendi, eu não percebi.

Pesquisadora: Não para consulta psicológica, de repente, mas dentro da unidade?

Entrevistado/a: Há, sim, isso sim. Há um travesti que frequenta esta unidade específica, bastante caricato, bastante... teatral, até no jeito de falar, e bem conhecido aqui na unidade, tem boa relação com as pessoas aqui, então... né? Então essa é uma figura bastante presente.... mas não é frequente, tanto que se eu puxar da memória do único que eu me lembro é esse paciente em questão, específico esse paciente... outros não... (destaque meu)

Pesquisadora: Esse que tu diz, travesti?

Entrevistado/a: Esse que é travesti e ele tem um comportamento bem expansivo... acho que por isso marca a sua imagem, mas outros travestis, não. Não tenho informação a respeito.

Interessante destacar que a travesti que se reconhece como frequentadora de uma das UBSs é “caricato”. O que é uma caricatura? Lembro-me daquelas pessoas que, no centro da cidade, oferecem fazer uma caricatura em troca de algum dinheiro. A caricatura resulta numa cópia engraçada daquilo que se supõe como real, como original e que mantém as marcas, traços que se ampliam ou reduzem, exageram para tornar engraçado o desenho final. Não se trata de uma cópia fiel daquilo que se pretende representar. Haveria uma ambiguidade entre a cópia fiel pretendida e a caricatura. Em alguns casos esta ambiguidade é somente engraçada, em outros intolerável e passível de violências maiores. Neste sentido, Butler (2006) assinala que: “La cuestión de quién y que se considera real y verdadero es aparentemente una cuestión de conocimiento, pero también es, como Foucault aclara, una cuestión de poder”. (BUTLER, 2006, p. 303).

Também nesse trecho da entrevista é preciso não desmerecer o fato do/a profissional referir-se à travesti por meio do pronome masculino, o que denota, minimamente, um desconhecimento em relação a essa população.

Em outra entrevista se assinalam as características “persecutórias” que poderiam levar ao distanciamento deste público das UBSs:

Pesquisadora: Mas, por exemplo, travestis não vêm, né? Não aparecem e, na verdade, tem sido uma constante em todas as

peessoas que eu entrevistei. Porque você acha que não aparecem, que não chegam ao centro de saúde?

Entrevistado/a: É uma pergunta Gabriela. Nunca me perguntei porque a população travesti não aparece né? Talvez existe, né? É... o temor, né? O temor às pessoas, a unidade possa resultar muito persecutória, né? Podem, também, ter uma experiência de discriminação, hum? Não sei, acabam projetando na unidade, nas equipes talvez, isto que recebem, né? No contato com... com a sua comunidade, com o seu meio ambiente e, em virtude disso, talvez, possam agir de um modo de se preservar mais e procurar outro tipo de é... de instituições, né? Onde se sintam mais a vontade, hum. (destaque meu).

Sobre esta última fala, Müller e Knauth (2010) são precisos quando afirmam que:

Uma vez que não são disponibilizadas aos profissionais de saúde ferramentas que lhes possibilitem entender o universo travesti, é possível compreender a falta de acolhimento e as situações de discriminação nos locais de atendimento. As consequências dessa falta de qualificação dos profissionais de saúde são bastante sérias. O desconhecimento da reinfecção pelo HIV, a não adesão ao tratamento, a suspensão do uso da medicação e as relações sexuais sem preservativos são exemplos concretos da falta de interação no relacionamento entre o profissional de saúde e o usuário. Qualificar os profissionais da saúde, aproximá-los desse segmento social e transformar o conceito social de “certo” e “errado”, além de desmistificar a ideia de que a travesti está inevitavelmente associada à violência e à promiscuidade, parecem medidas necessárias para que ela exerça sua cidadania. Há, portanto, necessidade de um trabalho conjunto entre profissionais de saúde, Estado e sociedade que objetive reduzir os danos causados pelo estigma e a discriminação. (...) A partir dos relatos das travestis de que ao saírem do atendimento médico sentem-se “deprimidas”, “para baixo” infere-se que não há acolhimento por parte dos trabalhadores da saúde. Nesse sentido, foi constatado que os locais de atendimento tornaram-

se mais um lugar de discriminação, o que contraria os princípios do SUS. (MÜLLER; KNAUTH, 2010, p. 8).

Numa outra entrevista:

Pesquisadora: E travestis tem aparecido? Frequentam estas unidades?

Entrevistado/a: Não, não tenho, não tenho observado nenhum, Gabriela... pelo menos...

Pesquisadora: E não tem sido trazido pelo matriciamento?

Entrevistado/a: Não, não, não... nenhum caso de... de travesti tem aparecido em matriciamento ou, inclusive, nas unidades de saúde.

Até seria bem interessante (risos).

Pesquisadora: Sim? Porque?

Entrevistado/a: Claro, porque é um universo com suas características, né? E que seria interessante em termos de agucar um pouco essas... essa inquietação, essa... (destaques meus).

A entrevista continua com o seguinte trecho:

Pesquisadora: Então você nunca atendeu uma travesti e, como imagina que seria o atendimento?

Entrevistado/a: Seria desde sua... suas angústias, desde seu mal estar, né? Independentemente da... da... da sua opção, né? O... que, na verdade, a minha postura não é... a preocupação com a orientação senão, um... com o mal estar né? Com o sofrimento. Isso é o que me preocupa. (destaque meu)

Pesquisadora: E nas unidades nas quais você trabalha, nas equipes, como acha que atenderiam? Como você acha que atendem a população com sexualidades outras que não a heterossexual?

Entrevistado/a: Eu percebo as unidades, pelo menos é... nos profissionais, né? É... no... uma visão ampla, hum... não está permeada por... por preconceitos... não percebo isso sabe? Hum? (destaque meu)

Pesquisadora: E em geral, no país, como você vê o atendimento a essa população?

Entrevistado/a: Gabriela, não sei... (risos) Não sei muito como é que essa... como é que esta sendo é... trabalhado, né? O que eu sei é que, seguindo um pouco as orientações do Conselho Federal,

né? De psicologia, na verdade, é... espera-se que o profissional atenda independentemente de qualquer tipo de orientação, né? Sexual... atenda fundamentalmente focado no mal estar, no desconforto desse sujeito.

Sérgio Carrara e Silvia Ramos (2005), a partir de pesquisa realizada na 9ª Parada do Orgulho GLBT do Rio de Janeiro, assinalam que 11,1% dos entrevistados manifestaram não ter sido bem atendidos em serviços de saúde ou por profissionais da saúde e indicam que:

Em que pese o fato de ser para profissionais de saúde que o menor número de respondentes declarou ter assumido sua orientação sexual, vale ressaltar e valorizar positivamente a informação de que, entre as sete modalidades de discriminação, as experiências de mau atendimento na área da saúde estejam em último lugar na escala. Ainda que a incidência não seja desprezível, uma hipótese para compreender o percentual baixo relativo aos outros âmbitos pesquisados é supor que a presença da militância homossexual, desde os anos 1980, na liderança de ações de prevenção de HIV e DST alterou favoravelmente um panorama que há duas décadas era intensamente estereotipado, estigmatizante e discriminatório. Hoje, muitos profissionais de saúde e dos serviços públicos incorporaram ao seu trabalho a presença da homossexualidade com maior naturalidade e respeito. (CARRARA; RAMOS, 2005, p.84).

Perilo, et al (2009) destacam que o Relatório de Monitoramento das Ações do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, divulgado pela Coordenação Geral GLBT, da Secretaria de Direitos Humanos, em 30 de julho de 2010, realiza um balanço geral das ações que dizem respeito ao Plano Nacional GLBT. Neste relatório se especifica que, no que tange às ações referentes ao Ministério da Saúde, das 42 ações programadas, 27 foram realizadas e 15 não. Assim, os autores, no que concerne à população travesti e transexual, e como avaliação do Plano, apontam que:

Em se tratando de uma das poucas respostas ou prestação de contas documentadas por órgãos governamentais acerca de políticas para a população LGBT, o referido Relatório pode ser creditado como uma iniciativa ímpar. Todavia, o caráter de fragilidade e indefinição do documento recém-divulgado é de tal maneira explícito que não se tem dúvidas acerca da escassez de dados e da dificuldade de realização de monitoramento das políticas públicas no país para a população GTBL. (PERILO, et al, 2011).

A Portaria 1.707/ 2008 do Ministério da Saúde, que instituiu no âmbito do (SUS), o Processo Transexualizador prevê dentre outras medidas:

Art. 2º (...)

II - a humanização da atenção, promovendo um atendimento livre de discriminação, inclusive pela sensibilização dos trabalhadores e dos demais usuários do estabelecimento de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana;

III - a fomentação, a coordenação e a execução de projetos estratégicos que visem ao estudo de eficácia, efetividade, custo/benefício e qualidade do processo transexualizador; e IV - a capacitação, a manutenção e a educação permanente das equipes de saúde em todo o âmbito da atenção, enfocando a promoção da saúde, da primária à quaternária, e interessando os polos de educação permanente em saúde.

Convém lembrar, todavia, que, ainda que tenha sido editada em 2008, esta normativa parece ser desconhecida dos/as profissionais entrevistados/as.

Nesta direção, Pelúcio (2010), considera que a academia tem muito a contribuir: “pois, não se trata de expandir o número de classificações de gênero ou das siglas identitárias, mas de alargar as concepções do humano, colocando em xeque as experiências concretas que constituem os sujeitos”. (PELÚCIO, 2010, p.82). Dessa forma, urge a tomada de medidas que visem dar visibilidade às travestis e transexuais, bem como o acolhimento às suas necessidades específicas, devendo haver, para tanto, uma maior participação e colaboração dos

psicólogos e da academia no andamento destes processos humanizadores preconizados pelo SUS.

7 A MODO DE CONCLUSÃO, SEM CONCLUIR

Depois de todo o percurso, sinto que, ao contrário do que previ, tenho mais perguntas a fazer do que respostas a dar. O momento, no entanto, exige que eu pare e conclua, mesmo sabendo que esta conclusão é apenas o início de outro começo. Agora, a única certeza para mim possível é a de que fazer ciência é estar constantemente elaborando novos questionamentos, ou melhor, novas incertezas.

Pesquisar entre os/as colegas de profissão tornou-se um grande desafio, que me confrontou com minha implicação no tema. Fez-se necessária uma postura de compreender o trabalho de quem, como eu, escolheu a psicologia como ofício. Foi preciso, também, compreender como se trabalha nas UBSs e como se pensam as sexualidades, sem emitir julgamentos ou juízos de valor (porque não é esse meu papel).

Quanto à posição dos/as psicólogos/as a respeito das sexualidades, pelo que pude compreender, esta diz respeito a conhecimentos mais relacionados com o intuitivo, derivados da experiência pessoal de cada um, do que a saberes, diríamos, específicos ou acadêmicos, porque, como revelado, não tiveram formação sobre a temática, não conversam sobre, não conhecem as políticas públicas e nem pensam sobre isso. A partir das entrevistas realizadas, pude conhecer e constatar que o trabalho por eles desenvolvido é extremamente árduo, o que, eventualmente, poderia redundar num certo grau de frustração no exercício da atividade profissional.

Dos relatos dos/as entrevistados/as pincei expressões tais como “ficar pipocando” (de uma unidade para outra) ou (estar sempre) “apagando incêndios”, as quais denotam a dificuldade de agir desde a perspectiva de atenção primária em saúde, além da dificuldade de pensar em prevenção. Houve, também, referência à falta de cuidados com os trabalhadores na/da saúde e, especificamente, na/da saúde mental. Que cuidados o Estado tem com os cuidadores? Como cuidamos destes profissionais?

É compreensível que, com este descuido, esta falta de tempo, esta falta de atenção e escuta ao trabalhador da saúde, não se tenha como pensar em capacitações diversas e, muito menos, naquilo que “não aparece”. Aquilo que aparece de forma explícita já é muito.

O trabalho dos NASFs, em equipes formadas por profissionais de diversas áreas, em tese, pode ser muito produtivo. Mas, como a versão em papel é sempre diferente daquela que se pratica, esta forma de atuação parece não conseguir dar conta da universalidade, da igualdade

e da integralidade propostas para o SUS. A partir das informações obtidas, posso pensar que ao menos a população específica LGBT não é contemplada em suas especificidades pelos serviços ofertados. Tenho tido a impressão, por outro lado, que, no que tange ao/a psicólogo/a, este trabalho em equipes multidisciplinares, ao pulverizar o seu saber, pode, em contrapartida, diluir o seu agir.

As entrevistas também trouxeram à tona algumas necessidades do/as psicólogos/as entrevistados/as com relação à troca de ideias e experiências com os/as outros/as profissionais da psicologia, a respeito do trabalho desenvolvido e, de modo geral, de tudo que possa interessar ou estar relacionado a ele. Com apenas uma reunião mensal entre eles/elas (os/as onze psicólogos/as), contudo, poderia se pressupor que é inviável conversar acerca de tudo que se pretende. E, conseqüentemente, também parece impossível pensar em discutir temáticas que, aparentemente, “não aparecem”.

A corresponsabilidade prevista nas ações dos NASFs, de outra parte, diz respeito aos profissionais, repetindo o binário nós (profissionais) e eles (usuários). Novamente o binarismo marcando a separação entre o poder-saber e o seu destinatário. O usuário, no entanto, não parece ser um dos corresponsáveis, o que torna evidente a separação e dá conta de como esta biopolítica permeia as ações, controla, regula e atravessa a vida das pessoas. Não há previsão de corresponsabilização do usuário nas ações, nem por si mesmo. A participação do usuário realiza-se por meio do corpo, dócil, para que a saúde e a vida sejam assim promovidas.

Nesta promoção, entretanto, o que se visualiza é que o modelo de atendimento acaba universalizando as a/as problemática/s, a/as queixas/s, o/s sofrimento/s psíquico/s, o que impossibilitaria a diversidade de escutas. Exemplo disso são as queixas resumidas em diagnósticos de ansiedade e depressão.

Considero muito importante destacar que, de forma geral, os/as psicólogos/as entrevistados/as demonstraram muito empenho em suas lidas diárias e, a partir das entrevistas, parecem haver despertado a curiosidade para a temática deste trabalho, bem como para seus resultados, o que reforça o caráter sempre interventivo da pesquisa.

Sobre as sexualidades, o que “não aparece”, o que “não é tema”, o que não é reconhecido como demanda, aparece sim, como relatado em várias das entrevistas. O que dizer sobre isso? O que concluir a este respeito? Por que não se vê o que, sim, aparece? Em resposta a estas perguntas, trago alguns “talvez”. Talvez, o que não aparece esteja aparecendo demais e, por isso, esteja sendo naturalizado. Talvez, o que

aparece, mas que não se vê, incomode tanto que passe a ser invisibilizado para incomodar menos. E por isto, justamente para não incomodar, é guardado uma e outra vez nos armários.

São armários que se impõem reproduzindo a norma e afastando do sistema que não acolhe as dificuldades específicas. Impõem-se os armários, reproduz-se a norma e ignoram-se as dificuldades. Desta forma teríamos o PSF atuando como controle e ferramenta biopolítica. Quanto os psicólogos mandam para o armário? Quanto desconhecem? Quanto resistem?

De toda forma, é transparente a vontade dos/as entrevistados/as de tentar alterar as coisas, de fazer algo diferente, de disseminar atitudes não preconceituosas entre os envolvidos nos atendimentos.

As regras que dispõem sobre como deve se dar o trabalho nas UBSs, segundo o que foi informado, são fundamentalmente as diretrizes elaboradas pela própria Secretaria Municipal de Saúde e o Protocolo de Saúde Mental do Município de Florianópolis, os quais trazem, por exemplo, disposições acerca do Programa de Saúde da Família - PSF e dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família - NASFs.

O PSF teria o alcance suficiente para atender a todos/as? Ou a família que lhe inspira é aquela cujos membros são ligados por relações heteronormativas? Estaria o PSF preparado, ou algum dia estará, para atender aos que não são pais, mas que não seguem sendo filhos? Estaria preparado para atender uma mãe travesti e seus/suas filhos/as? Estaria preparado para o marido e o marido, a mulher e a mulher? Estaria preparado para o michê, para a prostituta, para todos os trabalhadores do sexo? E os anormais solitários? Ao se intitular “da família” e, mais que isso, orientar-se para a família, o programa parece ter como referência a heteronormatividade e invisibiliza o restante.

Quanto a este aspecto, Coimbra e Leitão (2003) afirmam que:

... a família nuclear e o lar burguês passam a ser os territórios da segurança, da afetividade e da saúde. As dicotomias que opõem o público ao privado, o interior ao exterior, o homem à sociedade são instituídas. Criam-se determinadas essências e modelos de homem, de família e de sociedade. (COIMBRA; LEITÃO, 2003, p.11).

Parece-me que o PSF foi configurado para estes modelos e é muito difícil sair deles para poder visualizar o que não aparece, para poder dar destaque àquilo que não é tematizado, que ficou invisível ou

oculto num armário e que, quando tem uma porta entreaberta, ela está quase sempre pronta para fechar. E, muitas vezes, fecha.

Lionço (2008), no mesmo sentido, assinala que há uma necessidade de:

...questionamento da naturalização da configuração familiar heterossexual. Cabe mencionar que a principal ferramenta de acesso ao sistema de saúde, na Atenção Básica, consiste na estratégia de Saúde da Família, demandando ampla conscientização, por parte dos agentes comunitários de saúde, das diferentes modalidades de constituição de redes familiares distintas do padrão heterossexual. (LIONÇO, 2008, p.19).

Diante de tudo o que pude conhecer, não posso deixar de concordar com a autora e pensar na necessidade de conscientizar a rede pública para a diversidade, para o questionamento daquilo que não é igual, mas é igual. Para que, de alguma forma, aquilo que é invisibilizado possa tornar-se evidente e “aparecer”.

Reforçando esta ideia, as palavras de Junqueira (2009) continuam a me instigar:

Essa invisibilidade a que estão submetidas lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais comporta a sua exclusão enquanto tais do espaço público e, por isso, configura-se como uma das mais esmagadoras formas de opressão. É inquietante notar que alguém que não pode existir, ser visto, ouvido, conhecido, reconhecido, considerado, respeitado e tampouco amado pode ser odiado. (JUNQUEIRA, 2009, p.30).

O biopoder atua regulamentando o perfil do usuário a ser atendido (vigiado), uniformizando as demandas nas quais as necessidades LGBT acabam por não caber, não ser vistas, por estarem fora da norma, fora do perfil uniforme traçado para o usuário da saúde.

Nem tudo são espinhos. Alguns/mas dos/as entrevistados/as realizam por conta própria algumas ações de acolhimento desta população, ao menos em parte, seja orientando e conversando com os colegas nas UBSs, seja trabalhando estes temas nos diversos grupos criados no âmbito das UBSs.

A constante busca da origem da homossexualidade por parte de alguns ainda preocupa, uma vez que poderia levar a pensar que o homossexual tem um defeito a ser corrigido ou um segredo a ser revelado, conforme assinala Borillo (2010). Neste ponto, Sousa Filho também é preciso quando assinala que :

...a procura da causa particular (ou causas) da homossexualidade revela mais os preconceitos de quem fala do assunto do que alguma coisa sobre o “fenômeno” pretensamente estudado. A pergunta que poderíamos fazer é: por que razão se procura a gênese da homossexualidade e não se procura, na mesma medida, a gênese da heterossexualidade? (SOUSA FILHO, 2009, p. 99).

As travestis, principais ausentes no trabalho das UBSs, são mais que invisibilizadas, apesar das políticas mencionadas e da Portaria nº 1.707, de 2008, que institui o processo transexualizador que, como visto, é desconhecida dos/as os/as participantes do presente estudo. Parecem ilustrar o que Butler (2006) muito bem assinala:

Algunos humanos son reconocidos como menos que humanos y dicha forma de reconocimiento con enmiendas no conduce una vida viable. A algunos humanos no se les reconoce en absoluto como humanos y esto conduce a otro orden de vida inviable. Si parte de lo que busca el deseo es obtener reconocimiento, entonces el género, en la medida en que está animado por el deseo, buscará también reconocimiento. Pero si los proyectos de reconocimiento que se encuentran a nuestra disposición son aquellos que “deshacen” a la persona al conferirle reconocimiento, entonces el reconocimiento se convierte en una sede de poder mediante la cual se produce lo humano de forma diferencial. Esto significa que en la medida en que el deseo esta implicado en las normas sociales, se encuentra ligado con la cuestión del poder y con el problema de quien reúne los requisitos de lo que se reconoce como humano y quién no. (BUTLER, 2006, p. 14 e 15).

Neste sentido, concordo com Müller e Knauth (2010) na urgente necessidade de que: “Ampliar o debate sobre as questões de gênero e diversidades sexuais entre profissionais da saúde e representantes das organizações não-governamentais pode ser uma forma de qualificar o atendimento dispensado às travestis nos serviços de saúde”. (p. 9).

O fato de os/as entrevistados/as não conhecerem o Programa Brasil sem Homofobia comprova a necessidade de uma forma de disseminação diferente destas políticas e, mais que isso, evidencia o seu caráter meramente programático que, sem a devida regulamentação, deixa a critério dos órgãos estaduais e municipais a sua aplicação.

De outro lado, é necessário que se faça uma reflexão a fim de saber por que o Programa Brasil sem Homofobia, assim como outras diretrizes de políticas públicas direcionadas à população LGBT, são desconhecidas do/s psicólogos/as que trabalham das UBSs de Florianópolis. O desconhecimento, a meu ver, deriva de uma conjunção de causas, entre elas a novidade do tema trazido no bojo destas diretrizes, o pouco tempo decorrido desde a edição e, principalmente, o não oferecimento de capacitação específica no âmbito laboral, assim como, a total ausência da temática nas disciplinas constantes dos currículos dos cursos de psicologia nas universidades.

A Resolução de 01/1999 do CFP é, igualmente, pouco conhecida dos/as entrevistados/as. Mas, neste caso, ainda que não se conheça a norma em si, reconhece-se a razão de seu conteúdo e a necessidade de se agir de acordo com ela. É importante aqui verificar o fundamental papel dos Conselhos, não somente como fiscalizadores da profissão, senão como formadores e disseminadores de conhecimento e da ética da profissão. Cabe pensar de que forma os psicólogos podemos contribuir para que este papel se amplie e atinja esses objetivos. Desconfio, de outro lado, que a falta de contato com a temática da diversidade, das políticas públicas e dos direitos humanos durante a graduação em psicologia, reflete diretamente na prática. Parece manter-se, dessa forma, uma dicotomia entre subjetividade e política, entre os indivíduos e as políticas públicas. São estes alguns dos binarismos de que falava no início deste trabalho.

A distância entre estas políticas e a “ponta” marca, anuncia e proclama o binário: lei/indivíduo – SUS /usuário. Regina Benevides (2005), assinala que nas práticas “psi” o discurso sobre o sujeito tem se despolitizado e, “No mesmo movimento em que o sujeito é tomado como centro (ou mesmo eventualmente descentrado) opera-se uma dicotomização com o social que se acredita circundá-lo”. (p. 21). Como se existissem duas realidades distintas e como se a política e a

psicologia fossem duas áreas separadas e excludentes. Neste sentido Fernandez (2008), também assinala que: “Despolitizar lo social no ha sido gratis. Tampoco la cultura ‘psi’ es su único responsable, ni el terror que la dictadura dejó explica todas las dificultades para pensar en términos políticos los procesos de desarticulación comunitaria que padecemos”. (p. 94).

Uma frase recorrente nas entrevistas foi: “isso não é tema, isso não aparece”, porém, parece que o que também não é tema ou não aparece são as propostas governamentais, uma vez que, desde a perspectiva do que foi investigado, as políticas, planos e programas idealizados carecem ainda de efetividade.

Parece-me importante pensar neste final provisório junto com Foucault (2010), quando propõe que o trabalho do intelectual não é o de aceitar as primeiras evidências, mas sim o de desconfiar daquilo que é familiar, questionando as normas e, “... a partir dessa nova problematização (na qual ele desempenha seu trabalho específico de intelectual), participar da formação de uma vontade política (a qual ele tem seu papel de cidadão a desempenhar)”. (p. 249).

Para encerrar, na Carta da Décima Quarta Conferência Nacional de Saúde²⁷, ratifica-se a necessidade de políticas de equidade para toda a população, como transcrevo a seguir:

Queremos implantar e ampliar as Políticas de Promoção da Equidade para reduzir as condições desiguais a que são submetidas as mulheres, crianças, idosos, a população negra e a população indígena, as comunidades quilombolas, as populações do campo e da floresta, ribeirinha, a população LGBT, a população cigana, as pessoas em situação de rua, as pessoas com deficiência e patologias e necessidades alimentares especiais. (Carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde, 2011).

E desta Carta, escolho e faço as minhas palavras finais:

...Somos aqueles que defendem o Sistema Único de Saúde como patrimônio do povo brasileiro. Punhos cerrados e palmas! Cenhos franzidos e

²⁷Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/04_dez_carta_final.pdf>.

sorrisos. Nossos mais fortes sentimentos se expressam em defesa do Sistema Único de Saúde. Defendemos intransigentemente um SUS Universal, integral, equânime, descentralizado e estruturado no controle social”. (destaque meu).

Que assim seja.

REFERÊNCIAS

- AARON, Deborah J. et al. Behavioral risk factors for disease and preventive health practices among lesbians. *Am J Public Health*, n. 91, v.6, p. 972-975, 2001.
- BALSAM, Kimberly F. et al. Culture, trauma, and wellness: a comparison of heterosexual and lesbian, gay, bisexual, and two-spirit native americans. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*, n. 10, v.3, p. 287-301, 2004.
- BARONI, Daiana. *Contribuições foucaultianas na análise do trabalho de produção de si atravessado pelo enunciado da depressão*. 172f. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/ Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental/ Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica. *O vínculo e o diálogo necessários*. Brasília. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>. Acesso: em 28 jan. 2012.
- _____. Título I - Dos Princípios Fundamentais art 3º inc IV. Constituição. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.
- _____. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. *Brasil sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLBT e de promoção da cidadania homossexual*. Brasília, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. (Série E. Legislação de Saúde), 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2006.

Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/DB_PNH.pdf. Acesso em: 22 jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Portaria n. 1707, de 18 de agosto de 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html. Acesso em: 30 jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Portaria n. 1820, de 13 de agosto de 2009. Disponível em: http://www.abglt.org.br/docs/U_PT-MS-GM-1820_130809.pdf. Acesso em: 30 jan. 2012.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. *Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3)*. Brasília, 2010. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/pndh3/pndh3.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2012.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. *Contribuições para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial*. Saúde Mental e Direitos Humanos. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT*, 2010. Disponível em: http://www.abglt.org.br/docs/PoliticaNacionalSaudeIntegral_LGBT.pdf. Acesso em: 23 jan. 2012.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. *Relatório de Monitoramento das Ações do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – PNPCDH-LGBT*. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. (Série C. Projetos,

Programas e Relatórios). Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em: 23 jan. 2012.

BORILLO, Daniel. *Homofobia*. Historia crítica e um preconceito. Belo Horizonte: Autentica Editora, 2010.

BUTLER, Judith. Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do “pós-modernismo”. *Cadernos Pagu*, v. 11, p. 11-42, 1998. Disponível em:
[http://www.ieg.ufsc.br/admin/downloads/artigos/Pagu/1998\(11\)/Butler.pdf](http://www.ieg.ufsc.br/admin/downloads/artigos/Pagu/1998(11)/Butler.pdf). Acesso em: 02 set. 2010.

_____. Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler. In: PRINS, Baukje; MEIJER, Irene. Entrevista com Judith Butler. *Rev. Estud. Fem.* v. 10, n.1, p. 155-167, 2002a. Disponível em:
<http://www.ieg.ufsc.br/admin/downloads/artigos/13112009-085734entrevista-butler.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2011.

_____. Criticamente Subversiva. In: MÉRIDA, R. J. (Ed.). *Sexualidades Transgresoras*. Una antología de estudios queer. Barcelona: Editorial Icária, 2002b, p. 55-81. Disponível em:
<http://bibliografia-alternativa.blogspot.com/2010/04/criticamente-subversiva.html>. Acesso em: 06 abr. 2011.

_____. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

_____. *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós, 2006.

_____. *Cuerpos que importan: sobre los limites materiales y discursivos del “sexo”*. Buenos Aires: Paidós, 2008.

_____. *Vida precaria: el poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós, 2009.

BENEVIDES, Regina. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces. *Psicologia & Sociedade*, v. 17, n.2, p. 21-25, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n2/27040.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2012.

COCHRAN, Susan et al. Cancer-related risk indicators and preventive screening behaviors among lesbians and bisexual women. *Am J Public Health*, v. 91, n.4, p. 591-597, 2001.

CARRARA, Sérgio; RAMOS, Silvia. *Política, direitos, violência e homossexualidade*. Pesquisa 9ª Parada do Orgulho GLBT – Rio 2004. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. Disponível em: <http://www.clam.org.br/pdf/paradario2004.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2012.

COIMBRA, Cecília; LEITÃO, Maria Beatriz. Das essências às multiplicidades: especialismo psi e produções de subjetividades. *Psicologia & Sociedade*, v. 15, n.2, p. 06-17, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual. Resolução n. 01/1999, 1999. Disponível em: http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoD ocumentos/resolucao1999_1.pdf. Acesso em: 03 abr. 2011.

_____. *Código de ética profissional do psicólogo*, 2005. Disponível em: http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoD ocumentos/codigo_etica.pdf. Acesso em: 21 jan. 2012.

_____. *Resposta do CFP ao MPF_RJ*, 2010. Disponível em: <http://www.crp03.org.br/img/Resposta%20MPRJ.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde à Sociedade Brasileira*. Brasília, 2011. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/04_dez_carta_final.pdf. Acesso em: 29 jan. 2012.

DERRIDA, Jacques. *Estados de Ânimo del Psicoanálisis*. Lo imposible más allá de la soberana crueldad. Escuela de Filosofía Universidad ARCIS. [online], 2000. Disponível em: www.philosophia.cl. Acesso em: 01 set. 2010.

_____. *A farmácia de Platão*. São Paulo: Iluminuras, 2005.

DIAMANT, Allison et al. Health behaviors, health status, and access to and use of health care: a population-based study of lesbian, bisexual, and heterosexual women. *Arch Fam Med*, v. 9, n.10, p.1043-1051, 2000.

DÍAZ, Gabriela A. *Deficiência marca de diferença*. TCC (Graduação em Psicologia) - Universidade do Vale do Itajaí – Univali, Itajaí-SC, 2003.

FELIPE, Jane; BELLO, Alexandre T. Construção de Comportamentos Homofóbicos no Cotidiano da Educação Infantil. In: JUNQUEIRA, R. D. (Org.). *Diversidade Sexual na Educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas*. p.138-157. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, UNESCO, 2009.

FERNANDEZ, Ana Maria. *Política y subjetividad: asambleas barriales y fábricas recuperadas*. Buenos Aires: Biblos, 2008.

_____. *Las lógicas sexuales: amor, política y violências*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2009.

FERRO, Roberto A. *Jacques Derrida: El largo trazo del último adiós* (Derrida: una introducción). Buenos Aires: Quadrata, 2009.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Florianópolis/SC. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude>. Acesso em: 29 jan. 2012.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de atenção em saúde mental município de Florianópolis*. Tubarão: Ed. Copiart, 2010.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Determina que os serviços de saúde do município de Florianópolis adotem um novo campo nas fichas de saúde dos usuários, onde se poderá colocar o nome social se assim o desejarem, respeitando sua identidade de gênero. Portaria/Ss/Gab/ n. 026/2010. Disponível em: <http://www.abglt.org.br/docs/Florianopolis%20Portaria%20026%202010.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2012.

FOUCAULT, Michel. *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*. Argentina: Siglo XXI Editores. [Edição digital]. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/23411757/Foucault-Michel-Las-Palabras-y-Las-Cosas-Una-Arqueologia-de-Las-Ciencias-Humanas>. Acesso em: 06 abr. 2011.

_____. *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós, 1990.

_____. O sujeito e o Poder. In: DREYFUS, Paul Hubert; RABINOW, Paul. *Michel Foucault*. Uma trajetória filosófica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. *La vida de los hombres infames*. La Plata, Argentina: Altamira, 1996.

_____. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1998a.

_____. *Historia da sexualidade 2: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1998b.

_____. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

_____. *Os anormais. Curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. *Em defesa da Sociedade em defesa da sociedade curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007.

_____. *Ética, sexualidade e política/Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

FREIRE COSTA, Jurandir. *A inocência e o vício: estudos sobre o homoerotismo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

HARPER, Gary W.; SCHNEIDER, Margaret. Oppression and discrimination among lesbian, gay, bisexual, and Transgendered people

and communities: a challenge for community psychology. *Am J Community Psychol*, v.31, n.3-4, p.243-252, 2003.

JUNQUEIRA, Rogério Diniz. Homofobia: limites e possibilidades de um conceito em meio a disputas. *Bagoas*, v.1, n.1, 2007. Disponível em: http://www.cchla.ufrn.br/bagoas/v01n01art07_junqueira.pdf. Acesso em: 06 abr. 2011.

_____. Homofobia nas Escolas: um problema de todos. In: JUNQUEIRA, R. D. (Org.). *Diversidade Sexual na Educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, UNESCO. 2009, p.13-51.

KING, Michael et al. Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales: controlled, cross-sectional study. *Br J Psychiatry*, v.183, p.552-558, 2003.

KOH, Audrey S. Use of preventive health behaviors by lesbian, bisexual, and heterosexual women: questionnaire survey. *West J Med*, v. 172, n.6, p.379-84, 2000.

LIONÇO, Tatiana. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde soc.*, v. 17, n.2, p.11-21, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-2902008000200003&script=sci_arttext. Acesso em: 29 jan. 2012.

MARQUES, Daiane Maus. *A(s) clínica(s) psicológica(s) e a diversidade sexual: percorrendo trajetórias de vida*. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Porto Alegre, 2010.

MELO, Ana Paula. *“Mulher Mulher” e “Outras Mulheres”*: gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família. 2010. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Centro Biomédico Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

MEYER, Ilan H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*, v.129, n.5, p.674-697, 2003.

MÜLLER, Rita de Cássia F. *Homens Falados: Performances de Gênero e Corpo nos Paradoxos de Serviços Públicos de Saúde*. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

MÜLLER, Magnor I.; KNAUTH, Daniela R. “Os médicos nunca me tocaram um dedo! eu cansei daquele posto!”: a percepção das travestis quanto ao atendimento público de saúde. *Fazendo Gênero 9. Diásporas, diversidades, Deslocamentos*, 2010. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1300128489_ARQ_UIVO_fg9_texto_medicalizacao.pdf. Acesso em: 19 jan. 2012.

PELÚCIO, Larissa. *Abjeção e desejo: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo da AIDS*. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2009.

_____. Plurais na singularidade- reflexões sobre travestilidades, desejo e reconhecimento. In: Pocahy, Fernando. (Org.). *Políticas de enfrentamento ao heterossexismo: corpo e prazer*. Porto Alegre: NUANCES, 2010. p. 01-76.

PERILO, Marcelo et al. *Entre a Aids e a Integralidade: Travestis, Transexuais, Bissexuais, Lésbicas e Gays nas Políticas Públicas de Saúde no Brasil*. Relatório de pesquisa. Ser-Tão, Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero e Sexualidade Museu Antropológico da Universidade Federal de Goiás, 2009. Disponível em: http://www.sertao.ufg.br/uploads/16/original_texto_2-geral-versao_final.pdf. Acesso em: 30 dez. 2012.

PRADO FILHO, Kleber. Para uma arqueologia da psicologia. In: GUARESCHI, N. M.; HUNING, S. M. (Org.). *Foucault e a psicologia*, Porto Alegre: ABRAPSO/SUL, 2005. p. 73-91.

_____. *Foucault: uma história política da verdade*. Rio de Janeiro: Achiamé/Insular, 2006.

PRADO FILHO, Kleber; MARTINS, Simone. A subjetividade como objeto da(s) psicologia(s). *Psicologia & Sociedade*, v.19, n.3, p.14-19, 2007.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. *Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero*, 2007. Disponível em: http://www.clam.org.br/pdf/principios_de_yogyakarta.pdf. Acesso em: 17 mar. 2011.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *Saúde das Mulheres Lésbicas - Promoção da Equidade e da Integralidade*, 2006. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/Homepage/Dossi%EA/Dossi%EA%20Sa%FAde%20das%20Mulheres%20L%E9sbicas.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2012.

RIOS, Luis Felipe; NASCIMENTO, Ítala F. Homossexualidade e psicoterapia infantil - possibilidades e desafios para a construção dos direitos sexuais na clínica psicológica. *Psicologia Política*, v. 13, n.1, 2007. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/~psicopol/seer/ojs/viewarticle.php?id=36&la you%20t=html&mode=preview>. Acesso em: 23 jan. 2012.

RIOS, Roger Raupp. Homofobia na Perspectiva dos Direitos Humanos e no Contexto dos Estudos sobre Preconceito e Discriminação. In: JUNQUEIRA, R. D. (Org.). *Diversidade Sexual na Educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, UNESCO, 2009, p. 52-83.

ROBERTS, Susan et al. Health related behaviors and cancer screening of lesbians: results of the Boston Lesbian Health Project II. *Women Health*, v.39, n.4, p.41-55, 2004.

RUBIN, Gayle. Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. In: VANCE, Carole S. (Comp.). *Placer y peligro*. Explorando la sexualidad femenina, Madrid: Ed. Revolución, 1989, p. 113-190. Disponível em: www.cholonautas.edu.pe. Acesso em: 03 abr. 2011.

SEDGWICK, Eve K. A. Epistemologia do Armário. *Cadernos Pagu*, v.28, p.19-54, 2007.

SMITH, Anthony et al. Sex in Australia: sexual identity, sexual attraction and sexual experience among a representative sample of adults. *Aust N Z J Public Health*, v.27, n.2, p.138-145, 2003.

SOLARZ, Andrea L. *Lesbian Health*. Current Assessment and Directions for the Future. Washington DC: National Academy Press, 1999.

SOUSA FILHO, Alípio. Teorias sobre a Gênese da Homossexualidade: ideologia, preconceito e fraude. In: JUNQUEIRA, R. D. (Org.). *Diversidade Sexual na Educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, UNESCO, 2009, p. 94-123.

SOUZA, Mériti de. Do terapêutico e da cidadania: leituras sobre discursos e práticas. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam*, v.11, n.3, p.437-448, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 set. 2010.

TONELI, Maria Juracy F. Diversidade sexual humana: notas para a discussão no âmbito da psicologia e dos direitos humanos. *Psicol. clin.*, v.20, n.2, p.61-73, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-56652008000200005&script=sci_arttext. Acesso em: 07 abr. 2011.

UNIVERSIDADE LIVRE FEMINISTA. *A cada 36 horas, um homossexual é morto no Brasil*, 2011. Disponível em: http://www.feminismo.org.br/livre/index.php?option=com_content&view=article&id=4019:a-cada-36-horas-um-homossexual-e-morto-no-brasil&catid=126:violencia-&Itemid=533. Acesso em: 05 abr. 2011.

VENTURI, Gustavo. Intolerância à diversidade sexual. *Teoria e Debate*, v.78, jul./ago., 2008. Disponível em: <http://www.fpabramo.org.br/o-que-fazemos/pesquisas-de-opinio-publica/pesquisas-realizadas/apresentacao-4>. Acesso em: 04 abr. 2011.

_____. Homossexuais: vivências de discriminação. *Teoria e Debate*, v.81, mar./abr., 2009. Disponível em: <http://www.fpabramo.org.br/uploads/TD81-ColunaOpini%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2012.

VIANA, Adriana; CARRARA, Sérgio. Políticas sexuales y derechos sexuales en Brasil: un estudio de caso. In: Parker, R.; PETCHESK, Y; SEMBER, R. (Org.). *Políticas sobre sexualidad. Reportes desde las líneas del frente*, 2008. Disponível em: <http://www.sxpolitics.org/frontlines/book/pdf/sexpolitics.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2011.

VIANA, Luciene Galvão; ALCÂNTARA, Ramon Santana. Corpos Além do Binário? A Política Nacional de Saúde Integral de LGBT e a Inteligibilidade. *V Jornada Internacional de Políticas Públicas*. 2011. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/cdvjornada/jornada_eixo_2011/questoes_de_genero_etnia_e_geracao/corpos_alem_do_binario_a_politica_nacional_de_saude_integral_de_lgbt_e_a_inteligibilidade.pdf. Acesso em: 19 jan. 2012.

VIÑAR, Marcelo. O reconhecimento do próximo. Notas para pensar o ódio ao estrangeiro. In: KOLTAI, C. (Org.). *O estrangeiro*. São Paulo: Escuta: FAPESP, 1998, p. 173-191.

WORLD ASSOCIATION FOR SEXOLOGY. *Universal Declaration of Sexual Rights*. 2008. Disponível em: http://www.sexology.it/declaracion_derechos_sexuales.html. Acesso em: 07 abr. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Duas vias: uma sob posse do pesquisador e outra do informante.

Declaro que estou ciente de estar participando da pesquisa: **SEXUALIDADE(S). CONCEPÇÕES DE PSICÓLOGOS/AS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS.**

Fica acordado que as informações por mim fornecidas não serão utilizadas para outro fim além deste.

Estou ciente que se trata de uma atividade voluntária, que posso desistir a qualquer momento e que a participação não envolve remuneração. Nestes termos, posso recusar e/ou retirar este consentimento, informando aos pesquisadores, sem prejuízo para ambas as partes a qualquer momento que eu desejar. Tenho o direito também de determinar que sejam excluídas do material da pesquisa informações que já tenham sido dadas.

Fui informado/a que a pesquisa não envolve riscos ou danos à saúde e que a pesquisadora assim como sua orientadora garantirão a confidencialidade e o anonimato.

Estou ciente, também, que esta entrevista será gravada, e transcrita e que esta gravação ficará guardada em local seguro e acessível apenas à pesquisadora **Gabriela Andrea Díaz** e sua orientadora **Profa. Dra. Maria Juracy Filgueiras Toneli**. Estou ciente também de que caso ainda haja dúvidas, tenho direito de tirá-las agora, ou, em surgindo alguma nova dúvida no decorrer da entrevista, esclarecê-las, a qualquer momento.

As pesquisadoras responsáveis por esta pesquisa são:

Gabriela Andrea Díaz - telefones de contato 8405-2420/8843-0599 e sua orientadora Prof. Dra. Maria Juracy Filgueiras Toneli - telefones de contato: 3233-4228 ou pelo celular 9972- 4581.

Tenho ciência que terei acesso irrestrito aos dados, os quais somente serão divulgados com minha permissão.

A assinatura desse consentimento não inviabiliza nenhum dos meus direitos legais.

Após ter lido e discutido com a entrevistadora os termos contidos neste consentimento esclarecido, concordo em participar como informante, colaborando, desta forma, com a pesquisa.

Florianópolis, ____/____/____.

Assinatura:

Nome completo:

Pesquisadora - assinatura:

Nome completo da entrevistadora:

Testemunhas

Assinatura:

Nome completo:

Assinatura:

Nome completo:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados básicos do entrevistado/a

Nome:

Formação Universidade: pública / privada

Pós graduação:

Tempo de graduado/a:

Tempo de pós graduado/a:

Idade:

Tempo em que trabalha no SUS:

Experiência profissional anterior:

Trabalha também em algum outro espaço/local?

1. O tema da sexualidade aparece no seu trabalho? Me conte de que maneira.
2. E o tema de orientação sexual?
3. A partir de que ideias/ teorias você definiria a sexualidade humana? Como a definiria?
4. Qual é a relação que você acha que a psicologia tem com esta temática?
5. Você teve alguma preparação na graduação ou na pós graduação que considera importante para lidar com esta temática? Uma preparação específica? Porque?
6. Tem aparecido demanda LGBT no seu consultório? Com qual queixa? Com qual demanda? O que você pensa sobre isso?
7. E na unidade básica de saúde, como lidam em geral com a população LGBT desde seu ponto de vista?
8. Como vê o atendimento a esta população?
9. Você conhece a resolução 001/99 do CFP? O que pensa desta resolução?
10. Conhece o programa “Brasil sem Homofobia”? Como relaciona este programa com sua prática clínica?
11. Conhece o caso da psicóloga Rozângela Justino? O que opina sobre o tema?

APÊNDICE C - TABELA DISTRIBUIÇÃO DE PSICÓLOGOS/AS ENTREVISTADOS POR DISTRITO

Distrito	Unidades (fonte site PMF)	Residentes por distrito (fonte site PMF)	Psicólogos atuantes	Psicólogos entrevistad os
Centro	Agronômica Centro CAPS CAPSi Monte Serrat Policlínica Centro Prainha Trindade	83813	2	2
Continen te	Abraão Almoxarifado Balneário Capoeiras CAPSad Coloninha Continente Estreito Jardim Atlântico Laboratório - CTA Monte Cristo Morro da Caixa Policlínica Continente Sapé Vila Aparecida	90997	2	2
Leste	Barra da Lagoa Canto da Lagoa CAPS ad Ilha Centro de Cont de Zoonoses Córrego Grande Costa da Lagoa Itacorubi João Paulo Lagoa da Conceição Pantanal Saco Grande	70207	1	1

**APÊNDICE C(cont). - TABELA DISTRIBUIÇÃO DE
PSICÓLOGOS/AS ENTREVISTADOS POR DISTRITO**

Distrito	Unidades (fonte site PMF)	Residentes por distrito (fonte site PMF)	Psicólogos atuantes	Psicólogos entrevistad os
Norte	Cachoeira do Bom Jesus Canasvieiras Ingleses Jurerê Policlínica Norte Ponta das Canas Ratones Rio Vermelho Santinho Santo Antônio de Lisboa (UPA) Norte da Ilha Vargem Grande Vargem Pequena	90724	2	2
Sul	Alto Ribeirão Armação Caiera da Barra do Sul Campeche Carianos Costeira do Pirajubaé Fazenda do Rio Tavares Morro das Pedras Pântano do Sul Policlínica Sul Ribeirão da Ilha Rio Tavares Saco dos Limões Tapera UPA Sul da Ilha	85499	4	3
Totais		421240	11	10

**APÊNDICE D - TABELA DE INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE
OS /AS ENTREVISTADOS/AS.**

Distrit	Sex	Univer	Tempo Grad.	Especialização/Pós Grad.	Tempo SUS	Abord.	Outro Trab.
CONT	M	Pública	7 anos	Mestrado e formação em Psicanálise inconclusa	3 anos	Psican. e Comp.	Não
SUL	F	Pública	16 anos	Mestrado, e residência em psicologia hospitalar. Especialização em terapia relacional sistêmica.	16 anos	Sistêm.	Não
CONT	F	Pública	11 anos	Também graduação em pedagogia Mestrado em Educação UFSC e Especialização multiprofissional em saúde da família UFSC.	7 anos	Sistêm.	Não
NORT	F	Pública	17 anos	Mestrado UFSC. Especialização em violência domestica contra criança e adolescente, a distancia curso na USP.	15 anos	Psican.	Sim Cons. Part
CENT	F	Privada	10 anos	Especialização em psicologia da saúde, psicologia hospitalar formação em terapias cognitivas comportamentais. Atualmente fazendo uma especialização em neuropsicologia.	15 meses	Cognit. Compor t.	Não

**APÊNDICE D (cont.) - TABELA DE INFORMAÇÕES GERAIS
SOBRE OS /AS ENTREVISTADOS/AS.**

Distrit	Sex	Univer	Tempo Grad.	Especialização/Pós Grad.	Tempo SUS	Abord.	Outro Trab.
CENT	F	Pública	16 anos	Especialização em gestão de pessoas e mestrado UFSC em administração	3 anos	Cogn-Comport.	Sim, Aula Curso adm.
SUL	F	Pública	4 anos	Especialização em saúde publica e fazendo em Gestalt.	3 anos	Gestalt e Psican.	Não
LEST	F	Pública	7 anos	Mestrado em saúde, especialização em saúde da família e estou fazendo uma especialização gestão de pessoas em saúde UFSC a distancia.	3 anos	Psicoterapia Breve	Não
SUL	M	Pública	20 anos	Mestrado em engenharia de Produção: Estresse dos bombeiros Especialização em recursos humanos e em terapia comunitária	15 meses	Psican e Psicoterapia Breve	Sim Cons. Part e aula
NORT	F	Pública	30 anos	Não possui	20 anos	Diversas Predomin Sistêmica	Não.

APÊNDICE E - DOCUMENTOS OFICIAIS REFERENTES A POLÍTICAS PÚBLICAS E A TEMÁTICAS LGBTTT

Ano	Nome	Instância	Abrangência	Tipo
2004	<i>Brasil sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLBT e de promoção da cidadania homossexual.</i>	Conselho Nacional de Combate à Discriminação.	Nacional	Programa
2006	<i>Carta dos direitos dos usuários da saúde.</i>	Ministério da Saúde.	Nacional	Carta
2008	<i>PORTARIA Nº 1.707, DE 18 DE AGOSTO DE 2008.</i>	Ministério da Saúde.	Nacional	Portaria
2009	<i>PORTARIA Nº 1.820, de 13 de agosto de 2009.</i>	Ministério da Saúde.	Nacional	Portaria
2010	<i>Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3).</i>	Secret. Esp. de Direitos Humanos da Presidência da República.	Nacional	Programa
2010	<i>Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT.</i>	Ministério da Saúde.	Nacional	Política Nacional
2011	<i>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.</i>	Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.	Nacional	Política Nacional